

PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Réplica

2020 MAR 10 PM 12:27

CLERK'S OFFICE
U.S. DISTRICT COURT
SAN JUAN, PR.

24 de febrero de 2020

rafa.lucha@hotmail.com

José R. Santiago Meléndez

Urbanización Villa Madrid B-9 Calle #2

Coamo, Puerto Rico, 00769

Teléfono (787) 453-7056

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISION Y ADMINISTRACION
FINANCIERA PARA PUERTO RICO.

Como representante de:

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y Otros

PROMESA, Título III

Número 17 BK 3283-LTS

La presente radicación guarda relación con el ELA
y el SRE

Epígrafe

NOTIFICACION DE LA NONAGESIMA PRIERA OBJECCION GLOBAL (NO SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y DEL SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO A RECLAMOS DEFICIENTES EN LOS QUE SE ALEGAN INTERESES SOBRE LA BASE DE LAS LEYES PUERTORRIQUEÑAS NO ESPECIFICADAS.

Número de reclamación: 157796

Mediante esta misiva solicito al **Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico**, que declare a lugar la objeción global en relación al reclamo por el pago de la **Ley #180 Pago de Exceso de dias por Enfermedad**, ya que el mismo no fue adjudicado ni pagado por la Ley de Quiebras de Puerto Rico.

Trabajo para el Gobierno de Puerto Rico, Rico en la Agencia del Departamento de Educación desde el año 2000 hasta el presente, sin recibir el pago por el aumento o incentivo del gobierno para ese entonces. Estimo que durante esos años se me adeuda la cantidad aproximada de \$ 19,200.

También deseo solicitar al tribunal que sea diligente y acepte mi objeción por estar fuera de la fecha indicada. El haber excedido la fecha límite se debe a las consecuencias de los temblores y sismos que han ocurrido en Puerto Rico; por tanto no se pudo enviar en o antes del 18 de febrero de 2020. Por consiguiente no estaba la información completa en su totalidad en la réplica. Se adjunta documentación justificativa para evidenciar la objeción. Tal documentación son mis planillas desde el año 2004 hasta el año 2019 o talonarios lo que aplique, donde se demuestra que laboré para el Gobierno de Puerto Rico el cual nunca me otorgó el aumento que por ley me correspondía.

Cordialmente,

José R. Santiago Meléndez

**TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO**

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISIÓN Y ADMINISTRACIÓN
FINANCIERA PARA PUERTO RICO,

como representante de

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y
otros,

Deudores.

PROMESA,
Título III

Núm. 17 BK 3283-LTS

(Administrada conjuntamente)

**La presente radicación guarda
relación con el ELA y el SRE.**

**NOTIFICACIÓN DE LA NONAGÉSIMA PRIMERA OBJECCIÓN GLOBAL (NO
SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y DEL
SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE
ASOCIADO DE PUERTO RICO A RECLAMOS DEFICIENTES EN LOS QUE SE
ALEGAN INTERESES SOBRE LA BASE DE LAS LEYES PUERTORRIQUEÑAS NO
ESPECIFICADAS**

**SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO EN EL ANEXO A DE LA OBJECCIÓN GLOBAL, EL
ELA Y EL SRE SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE
LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.**

**SI SU RECLAMO ES MENCIONADO EN EL ANEXO A, DEBERÁ LEER
DETENIDAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN Y LA OBJECCIÓN GLOBAL Y
COMENTARLAS CON SU ABOGADO. SI NO TIENE ABOGADO, ES POSIBLE QUE
DESEE ACUDIR A UNO.**

OBSÉRVESE QUE el 24 de octubre de 2019, el Estado Libre Asociado de Puerto (el "ELA") y el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico ("SRE"), a través de la Junta de Supervisión y Administración Financiera para Puerto Rico (la "Junta de Supervisión"), como representante del ELA y del SRE conforme al artículo 315(b) de la Ley para la Supervisión, Administración y Estabilidad Económica de Puerto Rico ("PROMESA"),¹ radicaron la *Nonagésima objeción global (no sustantiva) del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y del Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto a los Reclamos deficientes en los que se alegan intereses sobre la base de las*

¹ PROMESA ha sido codificada en el Título 48 U.S.C., §§ 2101-2241.

leyes puertorriqueñas no especificadas (la "Objeción global") ante el Tribunal de Distrito de los Estados para el Distrito de Puerto Rico (el "Tribunal").²

SÍNTESIS

- **COMPRUEBE SI SU(S) RECLAMO(S) SE MENCIONA(N) EN EL ANEXO A DE LA OBJECIÓN GLOBAL.**
- Si su(s) reclamo(s) **NO** se menciona(n) en el Anexo A, la Objeción global no afectará a su reclamo, por lo que **NO** tendrá que realizar ninguna acción.
- Si su(s) reclamo(s) se menciona(n) en el Anexo A de la Objeción global, el ELA y el SRE solicitan que su(s) reclamo(s) que se mencione(n) en el Anexo A sea(n) rechazado(s) porque, como se explicó en la Objeción global que acompaña este documento, el expediente de los Deudores indican que su reclamo es deficiente. La Objeción global y el Anexo A de la objeción global proporcionan detalles adicionales sobre los reclamos deficientes en cuestión.
- Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>.
- Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

SI NO CONTESTA CONFORME A LA PRESENTE NOTIFICACIÓN, EL TRIBUNAL PODRÁ CONCEDER EL REMEDIO SOLICITADO EN LA OBJECIÓN GLOBAL SIN OTRA NOTIFICACIÓN NI VISTA.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE CONFORME A LA REGLA LOCAL 3007-1

Cualquiera de las partes a la que se haya notificado la presente Objeción global, o cualquier otra parte de la acción que objete al remedio aquí solicitado, deberá radicar y enviar una réplica a la Objeción global a la secretaría del Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico antes de las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE. Si no se radica ninguna réplica en el plazo mencionado, se considerará que no se ha opuesto a la Objeción global, por lo que esta podrá ser declarada ha lugar, salvo que: 1) el remedio solicitado esté legalmente prohibido; 2) el remedio solicitado sea contrario al orden público; o 3) a criterio del Tribunal, el interés de la justicia exija otra cosa. Si radica una réplica en tiempo, el Tribunal podrá convocar una vista.

² Los términos en mayúscula utilizados que no estén definidos en el presente documento tendrán el significado que les haya sido atribuido en la Objeción global.

Información muy importante relativa a la elección, por parte de las Demandantes, para radicar una réplica

Quién tiene la obligación de radicar una réplica. Cualquiera de las partes que impugne la Objeción global tiene la obligación de radicar una respuesta de conformidad con los procedimientos aquí establecidos. Si la parte cuyo reclamo quede sujeto a la Objeción global no radica ni notifica una réplica de conformidad con los procedimientos aquí establecidos, el Tribunal podrá declarar ha lugar a la Objeción global en relación con tal reclamo sin más notificaciones a la demandante.

Quién NO tiene la obligación de radicar una réplica. Si usted no se opone al remedio solicitado en la Objeción global, no tendrá que radicar ninguna réplica por escrito a la Objeción global ni tendrá que comparecer en la vista sobre la Objeción global (según se explica abajo). Además, la Objeción global solo se aplica a los reclamos mencionados en el Anexo A relativo a la Objeción global, cuya copia está disponible en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si su reclamo no se menciona en el Anexo A de la Objeción global, no será necesario radicar ninguna réplica.

Fecha límite para radicar una réplica. Su réplica se considerará radicada dentro de los plazos establecidos solo si la radica ante el Tribunal y la notifica antes de las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE, o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

**La fecha límite para radicar y notificar una réplica se cumple a las
04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019.**

Vista sobre la Objeción global. Si se radica y notifica una réplica de manera adecuada conforme a la presente notificación, se celebrará una vista sobre la Objeción global y la réplica a las **09:30 a.m. (AST) del 11 de diciembre de 2019** ante su señoría, Laura Taylor Swain, en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico, 150 Carlos Chardón Street, Federal Building, San Juan, Puerto Rico 00918-1767. Si radica una réplica a la Objeción global, deberá hacer planes para comparecer en la vista sobre la Objeción global. Sin embargo, el ELA y el SRE se reservan el derecho, previa notificación con tres (3) días hábiles de antelación, a paralizar la vista sobre la Objeción global y la réplica.

Los Deudores podrán radicar una contestación a su réplica o contestación en un alegato oral durante la vista. Los Deudores podrán radicar su contestación en un plazo máximo de siete (7) días naturales antes de la celebración de la vista sobre la Objeción global y la réplica.

EL TRIBUNAL SOLO TENDRÁ EN CONSIDERACIÓN SU RÉPLICA SI ESTA SE RADICA Y NOTIFICA ANTES DE LA FECHA LÍMITE PARA RESPONDER DE CONFORMIDAD CON LAS INSTRUCCIONES ESTABLECIDAS EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN.

Lo que hay que radicar con la réplica. Su réplica a la Objeción global deberá contener la siguiente información:

- (i) **Datos de contacto.** La réplica deberá contener el **nombre**, la **dirección**, el **número de teléfono** y la **dirección de correo electrónico** 1) de la demandante que responda; 2) del abogado o representante designado de la demandante al que los abogados del ELA del SRE deban notificar una respuesta a la réplica, en su caso; o 3) de la parte con potestad para reconciliar, llegar a un acuerdo o de otro modo resolver la Objeción global en nombre de la demandante.
- (ii) **Epígrafe.** La réplica deberá contener un epígrafe que incluya el nombre del Tribunal, los nombres de los Deudores, el número de procedimiento, el Título de la Objeción global con la que guarde relación la réplica, y el/los número(s) de las evidencias de reclamos relacionados de Prime Clerk (que se enumeran en el **Anexo A** de la Objeción global y están disponibles en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>).
- (iii) **Motivo(s) para oponerse a la Objeción global.** La réplica deberá explicar con concisión los motivos por los que el Tribunal no debe declarar ha lugar a la Objeción global a su reclamo, incluidos los fundamentos de hecho y de derecho que la demandante vaya a invocar al oponerse a la Objeción global.
- (iv) **Documentación justificativa.** Si ya no está incluida en la evidencia de reclamo, la contestación deberá contener una copia de cualquier otra documentación u otras evidencias relativas al reclamo que la demandante vaya a invocar al oponerse a la Objeción global; con la salvedad de que la demandante no tendrá que revelar en la contestación ninguna información confidencial o reservada o que esté protegida de cualquier otra forma; y también con la salvedad de que la demandante revelará al ELA y al SRE toda la información y proporcionará copias de la totalidad de los documentos que considere que son confidenciales o reservados o que estén protegidos de cualquier otra forma y que tenga la intención de invocar en apoyo de su reclamo, con sujeción a las restricciones de confidencialidad pertinentes.

Dónde y cómo radicar y notificar una réplica. Todas las réplicas deberán radicarse de forma electrónica ante el Tribunal con el nombre de expediente *En el asunto de: Estado Libre Asociado de Puerto Rico*, núm. de procedimiento 17 BK 3283-LTS. Hay dos métodos que puede utilizar para radicar su réplica:

1. **En línea.** Los usuarios inscritos en el sistema del Tribunal de radicación de causas deberán radicar su réplica de forma electrónica en un formato de documento que permita hacer búsquedas.
2. **Por correo postal.** Si usted no es un abogado que sea usuario inscrito en el sistema del Tribunal de radicación de causas, podrá radicar y notificar una réplica por correo postal dirigida a la Secretaría del Tribunal, a la Junta de Supervisión y al Comité de Acreedores a las siguientes direcciones:

Secretaría (*Clerk's Office*)
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
Room 150 Federal Building
San Juan (Puerto Rico) 00918-1767

Abogado de la Junta de Supervisión (*Counsel for the Oversight Board*)
Proskauer Rose LLP
Eleven Times Square
Nueva York, Nueva York 10036-8299
A/A: Martin J. Bienenstock
Brian S. Rosen

Abogado del Comité de Acreedores (*Counsel for the Creditors' Committee*)
Paul Hastings LLP
200 Park Avenue
Nueva York, Nueva York 10166
A/A: Luc A. Despins
James Bliss
James Worthington
G. Alexander Bongartz

SU RÉPLICA deberá enviarse para que se reciba por la Secretaría, la Junta de Supervisión y el Comité de Acreedores a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

Si no puede radicar y notificar una réplica en línea o por correo postal, según se especificó anteriormente, podrá radicar una réplica en persona en la siguiente dirección a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite:

Secretaría (*Clerk's Office*)
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
#150 Chardon Avenue
Federal Building
San Juan (Puerto Rico) 00918

Su réplica deberá incluir un certificado de notificación que indique la forma en la que se ha efectuado la notificación.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo radicar y notificar una réplica, incluidas preguntas sobre el sistema del tribunal de radicación de causas, comuníquese con **Prime Clerk** llamando al **número directo (844) 822-9231**.

Reserva de derechos. NINGUNA DISPOSICIÓN CONTENIDA EN LA OBJECCIÓN GLOBAL O EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN SE CONSIDERA NI CONSIDERARÁ QUE

CONFORME AL TÍTULO III, A IMPLICAR CUALESQUIERA RECLAMOS, A INICIAR VALER CONTRARECLAMOS, DERECHOS A COMPENSACIÓN O RECUPERACIÓN, O A DEMANDAR, A DEFENDER A SEGUIR, O A OTRAS ACCIONES O CAUSAS RADICADAS DE UNA DEMANDANTE) ADUCIENDO CUALQUIER MOTIVO QUE NO SE HAYA ALEGADO PREVIAMENTE EN UNA OBJECCIÓN, SALVO QUE EL TRIBUNAL HAYA DECLARADO HA LUGAR A UN RECLAMO O ORDENADO OTRA COSA, O A SOLICITAR QUE SE DECLARE HA LUGAR CUALQUIER RECLAMO EN EL FUTURO. A SU DEBIDO TIEMPO, LAS PARTES AFECTADAS RECIBIRÁN LA NOTIFICACIÓN PERTINENTE DE TODO ELLO.

Recursos adicionales y con quién comunicarse en el caso de que tenga que formular preguntas

Todos los documentos enviados en el marco de las causas radicadas conforme al Título III, incluidas copias de los reclamos radicados utilizando CM/ECF, se encuentran disponibles en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. El mantenimiento de dicho sitio web lo realiza Prime Clerk; el sitio web incluye una base de datos que permite efectuar búsquedas y que ayuda a localizar documentos.

Para obtener información adicional sobre la Objeción global, el estado de su réplica, su reclamo o la presente notificación, comuníquese con Prime Clerk llamando a su número directo (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o al (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponibles entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español). También podrá enviar consultas a la siguiente dirección de correo electrónico: puertoricoinfo@primeclerk.com.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Escuela Purificación Rodríguez Torres

Distrito Escolar de Santa Isabel – Municipio de Coamo

Oficina del Director
Dr. Angel Santiago Rivera

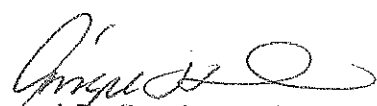
4 de marzo de 2020

A Quien Pueda Interesar:

Por la presente certifico, que el Sr. José R. Santiago Meléndez trabaja en la Escuela Purificación Rodríguez Torres, Distrito Escolar de Coamo en calidad de Maestro. Dicho empleado comenzó a trabajar en nuestra escuela en septiembre de 2000 hasta el presente año.

Cualquier duda al respecto, favor comunicarse al teléfono 787-825-1684.

Cordialmente,


Angel L. Santiago Rivera, Ed.D
Director Escolar



P.O. Box 2438 - Coamo, Puerto Rico 00769 - Tel. 787-825-1684 - d50542@de.pr.gov

El éxito comienza con la voluntad. Y la voluntad se alcanza con la perseverancia. Voluntad, Perseverancia, Éxito

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión o acoso.



Formulario 482 Rev. 23 oct 18

2018 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2018		Número de Serie 1985767	
Liquidador Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2018 O AÑO COMENZADO EL			
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M 1 de enero de 2018 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2018		PLANILLA ENMENDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día Mes Año <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: Día Mes Año) <input type="checkbox"/>			
Nombre del Contribuyente JOSE		Inicial R		Apellido Paterno SANTIAGO	
Dirección Postal Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4		Apellido Materno MELENDEZ		Número de Seguro Social Contribuyente 508 15 01 19	
Coamo PR Código Postal 00769-0000		Fecha de Nacimiento 2		Sexo M	
Nombre e Inicial del Cónyuge MARTA I		Apellido Paterno RIVERA		Apellido Materno ESPADA	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4		Fecha de Nacimiento del Cónyuge 30-1-1972		Sexo del Cónyuge F	
Coamo PR Código Postal 00769-0000		Teléfono Residencia 7874537056		Teléfono del Trabajo	
Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@hotmail.com		CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No		SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No	
CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge		Sello de Recibido Gobierno de Puerto Rico Área de Rentas Internas RADICADO ELECTRÓNICAMENTE 02-04-2019 08:05:25 AM 19-900 Secretario de Hacienda Interino			
CUESTIONARIO					
A. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día Mes Año) 2. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día Mes Año) 3. <input type="checkbox"/> No residente durante todo el año C. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): 1. <input type="checkbox"/> Atribuible al contribuyente \$ 0 2. <input type="checkbox"/> Atribuible al cónyuge \$ 0 D. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo 1E Individuo) E. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día Mes Año) H. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="checkbox"/> Contribuyente (Núm. decreto) 2. <input type="checkbox"/> Cónyuge (Núm. decreto)					
I. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="checkbox"/> Otro					
J. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110 Ocupación del cónyuge Otros Oficios o Profesiones 8110					
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)					
A) Acreditar a la contribución estimada 2019 01 (01) 819 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) 0 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 0 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 0 00 (05) 819 00					
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 0 00					
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 0 00 (b) Intereses (08) 0 00 (c) Recargos 0 y Penalidades 0 (09) 0 00					
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10) 0 00					
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO					
Tipo de cuenta <input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros		Número de ruta/tránsito 021502011		Número de su cuenta 072134828	
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)					
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente		Fecha 02-04-2019		Firma del Cónyuge <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente	
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio Luis A Torres		Fecha 02-04-2019	

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.18



GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE R		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 001-87-2887		INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Last Name(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 000-11-0000		7. Sueldos - Wages 27,467		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR 00769-0000		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: 01/01/1980		6. Donativos Charitable Contributions 0		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 27,467	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION ESQUINA CALAF San Juan PR 00919		Patrono: - Employer: Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for:		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 398	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 27,467		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:		B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number F0717193216		C- <input type="checkbox"/> Otros / Others:		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 835		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Número Control - Control Number 180048817		Año: Year: 2018		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,397			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS 0			
				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0			
				16. 0			
				16A. 0			
				16B. 0			
				16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0			

☒ W2
☐ W2C

Planilla Radicada Electrónicamente

Formulario 482 Rev. 4 dic 17

FORMA ÚNICA		2017		GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2017		Número de Serie				
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2017 O AÑO COMENZADO EL								
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M
1 de enero de 2017 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2017												
Nombre del Contribuyente				Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente				
JOSE				R		SANTIAGO MELENDEZ		301-1234567				
Dirección Postal				Código Postal		Fecha de Nacimiento		Sexo		Sello de Recibo		
Urb VILLA MADRID				00769		12/15/1978		M		05/04/2018 03:50:02 PM		
Z18 Calle 4						Día Mes Año						
Coamo PR												
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Cónyuge				
MARTA				I		RIVERA ESPADA		301-1234567				
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)				Código Postal		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo del Cónyuge		Teléfono Residencia		
Urb VILLA MADRID				00769		12/15/1978		M		(787) 453-7056		
Z18 Calle 4						Día Mes Año				Teléfono del Trabajo		
Coamo PR												
Correo Electrónico (E-Mail)				Código Postal		Cambio de Dirección:		Solicitó Prorroga:		Contrato Gobierno:		
lara.lucha@hotmail.com				00769		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input checked="" type="checkbox"/>		
ENCUESTARIO A. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día Mes Año) 2. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día Mes Año) 3. <input type="checkbox"/> No residente durante todo el año C. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): 1. <input type="checkbox"/> Atribuible al contribuyente \$ 2. <input type="checkbox"/> Atribuible al cónyuge \$ D. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día Mes Año) H. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Medico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="checkbox"/> Contribuyente (Núm. decreto) 2. <input type="checkbox"/> Cónyuge (Núm. decreto)												
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="checkbox"/> Otro												
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)												
Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110 Ocupación del cónyuge AMA DE CASA 8110												
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.												
Reintegro 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 704 00 A) Acreditar a la contribución estimada 2018 (02) 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03) 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 704 00												
Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00 (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalidades (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y (c)) (10) 00												
Depósito AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta: <input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 021502011 Número de su cuenta: 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)												
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, y declaro que la información ha sido verificada. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Contribuyente: LUIS A TORRES Fecha: 05/04/2018 FIRMADA ELECTRONICAMENTE Firma del Cónyuge: Fecha: FIRMADA ELECTRONICAMENTE												
TORRES ASSOCIATES Teléfono de Registro												

Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.17



GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE
HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
INFORMATION

INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY INFORMATION

1. Nombre - First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. [REDACTED]		7. Sueldos - Wages 26,320.87		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Apellido(s) - Last Name(s) R SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) [REDACTED]		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C 4. COAMO PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26,320.87	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: Día 26 Mes 06 Año 1972		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 26,320.87		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 381.65	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR ESQUINA CALAF HATO REY PR 00919		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 749.90		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 773-3508				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,309.51		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día _____ Mes _____ Año _____				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S170008				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 16. 0.00 Código/Code 16A. 0.00			
Número Control - Control Number 006975289		Año: 2017 Year:		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31							

**INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA**

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrostar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

**INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN**

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
- is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number are incorrect, inform the error to your employer so that he can complete Form 499R-2c/W-2cPR.

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 08.16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

222

1. Nombre - First Name JOSE R		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 58-1234567		7. Sueldos - Wages 26,325		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer ident. No. (EIN) 000-1234567		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR 00769-0000		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26,325	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: 28-01-1973		6. Donativos Charitable Contributions 0		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 381	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION ESQUINA CALAF San Juan PR 00919		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to: Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records Año: 2016		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 26,325		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 749		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S160021				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,315			
Número Control - Control Number 006251806				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0			
				16. 0			
				16A. 0			
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0			

☒ X

W2

☐

W2C

Planilla Radicada Electrónicamente

Formulario 482 Rev. 20 oct 15

FORMA ÚNICA		2015		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2015		Número de Serie									
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2015 Y AÑO COMENZADO EL				<input type="radio"/> PLANILLA ENVIADA									
R	G	RO	VI	V	1	P	2	N	D	D	E	A	M				
Nombre del Contribuyente				Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente				<input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO			
JOSE				R		SANTIAGO		MELENDEZ		584-87-2887				<input type="radio"/> CONTRIBUYENTE			
Dirección Postal				Código Postal		Fecha de Nacimiento		Sexo		CÓNYUGE SUPERSTITE (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: Día Mes Año)				<input type="radio"/> CÓNYUGE			
Urb VILLA MADRID				00769		28		M		09/04/2016							
Z18 Calle 4						Día Mes Año				11:13:06 AM							
Coamo PR						Número de Seguro Social Cónyuge											
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo							
BO. LOS LLANOS								Día Mes Año		M							
SECTOR CARIBE 596								Teléfono Residencia		F							
Coamo PR				Código Postal		00769		(787) 453-7056									
Correo Electrónico (E-Mail)				rafa.lucha@hotmail.com				Teléfono del Trabajo									
CUESTIONARIO				SI		NO		FUENTE DE MAYOR INGRESO:									
A. Ciudadano de Estados Unidos?								1. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas				4. Retirado Pensionado					
B. Residente de Puerto Rico durante todo el año?								2. Empleado del Gobierno Federal				5. Trabajo Propia (Indique la industria o negocio principal)					
C. Si contestó "No", indique una de las siguientes:								3. Empleado de Empresa Privada				6. Otro					
Fecha de mudanza a P.R.								ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:									
Fecha de mudanza fuera de P.R.								a. Casado									
No residente durante todo el año								(Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)									
D. ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad):								b. Contribuyente individual									
1. Atribuible al contribuyente \$								(Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es:									
2. Atribuible al cónyuge \$								c. Casado con capitulaciones de total separación de bienes									
E. ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)								d. Casado que no vivía con su cónyuge)									
F. ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)								e. Casado que rinde por separado									
G. ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal?								(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)									
H. ¿Militar activo en zona de combate? (Fecha en que cesó en el servicio:)								CONTRATO GOBIERNO:									
Su ocupación Maestro de Escuela				6110				Ocupación cónyuge									
Su ocupación cónyuge								CONTRIBUYENTE									
CÓNYUGE																	
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.																	
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 27. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)																	
A) Acreditar a la contribución estimada 2016																	
B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan																	
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico																	
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)																	
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 27)																	
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado																	
(b) Intereses																	
(c) Recargos y Penalidades																	
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))																	
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO																	
Tipo de cuenta								Número de ruta/tránsito				Número de su cuenta					
<input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros								021502011				072134828					
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ																	
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)																	
Declaro bajo pena de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa.																	
La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es consistente con la información disponible y dicha información ha sido verificada.																	
Firma del Contribuyente								Fecha				Firma del Cónyuge					
✓ FIRMADA ELECTRONICAMENTE								09/04/2016				✓					
Nombre del Especialista (Letra de Molde)												Nombre de la Firma o Negocio					
LUIS TORRES												TORRES ASSOCIATES					
Firma del Especialista								Fecha				Especialista por cuenta					
												Número de Registro					
												40574					

Formulario
FD-499R-2W-2 PR
Rev. 08.15

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 500-10-001 JE	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 000-10-001 JE	7. Sueldos - Wages 26371.03	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00		
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00		
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF SANTO REY, PR 00919		6. Donativos Charitable Contributions 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26371.03		
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 382.38		
Fecha de Operaciones: Date of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year			11. Total=7+8+9+10 26371.03	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00		
Número de Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S150008			12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00		
Número de Control - Control Number 004903672		Año: Year: 2015	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 752.72	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00		
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31			14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2319.39			
			15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
			16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00			
			16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code			
			16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 31 oct 14

FORMA ÚNICA		2014	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2014	Número de Serie							
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2014 O AÑO COMENZADO EL								
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M
1 de enero de 2014 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2014												
Nombre del Contribuyente JOSE				Inicial R		Apellido Paterno SANTIAGO		Apellido Materno MELENDEZ		Número de Seguro Social Contribuyente 0000		
Dirección Postal Urb VILLA MADRID				Fecha de Nacimiento 01/01/1980		Sexo M		Mes 01		Año 1980		
Z18 Calle 4				Número de Seguro Social Cónyuge 0000		Sello de Recibo		CONYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO Indique seguro social del cónyuge fallecido				
Coamo PR				Código Postal 00769		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo M		Mes 01		
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno		Teléfono Residencia (787) 453-7056		Teléfono del Trabajo		
Dirección Residencial Cónyuge (Barrio o Urbanización, Número, Calle) BO. LOS LLANOS				Código Postal 00769		Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		Solicitó prórroga: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		PLANILLA 2015: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS		
Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@hotmail.com				UTILIZÓ PROGRAMA PARA LLENAR LA PLANILLA? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO								

Cuestionario	SI	NO	<p>A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos?</p> <p>B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año?</p> <p>C. <input checked="" type="radio"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)</p> <p>D. <input checked="" type="radio"/> Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)</p> <p>E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:</p> <p>1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas</p> <p>2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal</p> <p>3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada</p> <p>4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado</p> <p>5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)</p> <p>6. <input type="radio"/> Otro</p>
	<p>F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:</p> <p>1. <input checked="" type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo C Individuo)</p> <p>2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es Casado con capitulaciones de total separación de bienes Casado que no viva con su cónyuge)</p> <p>3. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)</p>		

Reintegro	<p>1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)</p> <p>A) Acreditar la contribución estimada 2015</p> <p>B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan</p> <p>C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico</p> <p>D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)</p>	<p>819 00</p> <p>00</p> <p>00</p> <p>00</p> <p>819 00</p>
Pago	<p>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 28)</p> <p>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado</p> <p>(b) Intereses</p> <p>(c) Recargos y Penalidades</p> <p>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))</p>	<p>00</p> <p>00</p> <p>00</p> <p>00</p>

Depósito	AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO	
<p>Tipo de cuenta</p> <p><input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros</p>	<p>Número de ruta/tránsito</p> <p>021502011</p>	<p>Número de su cuenta</p> <p>072134828</p>
<p>Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ</p> <p>(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)</p>		

<p>Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.</p>		
<p>Firma del Contribuyente</p> <p>FIRMADA ELECTRONICAMENTE</p> <p>Nombre del Especialista (Letra de Molde)</p> <p>Luis A Torres</p>	<p>Fecha</p> <p>30/03/2015</p>	<p>Firma del Cónyuge</p> <p>Nombre de la Firma o Negocio</p> <p>Torres Associates</p>
<p>Firma del Especialista</p> <p>FIRMADA ELECTRONICAMENTE</p>	<p>Fecha</p> <p>30/03/2015</p>	<p>Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)</p> <p><input checked="" type="radio"/></p> <p>Número de Registro</p> <p>19571</p>

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 09.14

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO: COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 86-01-1234	7. Sueldos - Wages 26130.36	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 86-01-1234	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26130.36
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Donativos Charitable Contributions 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 378.89
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.gobierno.pr) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	11. Total=7+8+9+10 26130.36	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S140003		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 737.39	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
Número Control - Control Number 004382947	Año: 2014 Year:	14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2297.73	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
		16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00	
		16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code	
		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Liquidador		Revisor		2013		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO		2013		Número de Serie	
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		AÑO CONTRIBUTIVO 2013 O AÑO COMENZADO EL									
R G RO V1 V2 V3 P2 N D1 D2 E A M		1 de enero de 2013 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2013									
Nombre del Contribuyente		Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente		PLANILLA ENMENDADA	
JOSE		R		SANTIAGO		MELENDEZ		5000-00007		FALLECIDO DURANTE EL AÑO: / /	
Dirección Postal		Código Postal		Fecha de Nacimiento		Sexo		Número de Seguro Social Cónyuge		CONTRIBUYENTE CONYUGE	
VILLA MADRID		00769		07/04/2014		M				CONYUGE SUPLENTE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO	
CALLE 4 Z 18				08:48:12 AM							
Coamo PR				Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo		Teléfono Residencia			
				00 M		F		(787) 453-7056			
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".				Teléfono del Trabajo							
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno							
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		Código Postal									
BO. LOS LLANOS		00769									
SECTOR CARIBE 596											
Coamo PR											
Correo Electrónico (E-Mail)		rafa.lucha@hotmail.com		CAMBIO DE DIRECCION: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		PLANILLA 2014: <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLES					
Cuestionario		PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FUJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:							
A. ¿Ciudadano de Estados Unidos?				Casado							
B. ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?				(Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)							
C. ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)				Contribuyente individual							
D. ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)				(Ennegrezca e Indique nombre y seguro social del cónyuge si es:							
E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:				<input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes							
1. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas				<input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge)							
2. Empleado del Gobierno Federal				Casado que rinde separado							
3. Empleado de Empresa Privada				(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)							
4. Retirado/Pensionado											
5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)											
6. Otro											
Su ocupación		Maestro de Escuela 6110		Ocupación cónyuge							
CONTRATO GOBIERNO:		<input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge									
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.											
1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)											
A) Acreditar a la contribución estimada 2014											
B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan											
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico											
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)											
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 28)											
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado											
(b) Intereses											
(c) Recargos y Penalidades											
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))											
AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO											
Tipo de cuenta		Número de ruta/tránsito		Número de su cuenta							
<input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros		0 2 1 5 0 2 0 1 1		0 7 2 1 3 4 8 2 8							
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ											
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)											
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.											
Firma del Contribuyente		Fecha		Firma del Cónyuge		Fecha					
FIRMADA ELECTRONICAMENTE		07/04/2014									
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio									
Luis Torres		Torres Associates									
Firma del Especialista		Fecha		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)		Número de Registro					
FIRMADA ELECTRONICAMENTE		07/04/2014		<input checked="" type="checkbox"/>		19571					
NOTA: El contribuyente, el liquidador o el revisor debe firmar y sellar la planilla antes de su presentación.											
Si contestó "SI" exija la firma y el número de registro del Especialista.											

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 08.13

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
DEPARTMENT OF THE TREASURY
INFORMATION

INFORMACION PARA EL
SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY
INFORMATION

1. Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 584-12-1007	7. Sueldos - Wages 36206.09	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 58-1234567	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 36206.09
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 524.99
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	11. Total=7+8+9+10 36206.09	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year	6B. Donativos Charitable Contributions 0.00	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number C400001	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2013 Year:	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1483.14	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
Número Control - Control Number 004469046		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2804.55	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
		16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00	
		16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 27 nov 12

FORMA LARGA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR) 2012 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2012 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2012 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2012 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2012		Número de Serie <input type="checkbox"/> PLANILLA EN MENUDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DENTRO DEL AÑO: ____/____/____ <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CONYUGE	
Liquidador: R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M Revisor:		Nombre del Contribuyente: JOSE Dirección Postal: VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR Código Postal: 00769		Número de Seguro Social Contribuyente: [Firma] Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Número de Seguro Social Conyuge: [Firma] Fecha de Nacimiento del Conyuge: ____/____/____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Teléfono Residencia: (787) 453-7056 Teléfono del Trabajo:	
Apellido Paterno: SANTIAGO Apellido Materno: MELENDEZ "Coloque la etiqueta enigmática (Label) aquí" Nombre e Inicial del Conyuge: [Firma] Apellido Paterno: Apellido Materno:		Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): BO. LOS LLANOS SECTOR CARIBE 596 Coamo PR Código Postal: 00769		PLANILLA 2013: <input checked="" type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLÉS	
Correo Electrónico (E-Mail): rafa.lucha@hotmail.com		F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del conyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su conyuge 3. <input type="checkbox"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del conyuge arriba)			
Cuestionario SI NO A. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Individuo inversionista residente? (Someta Anejo F1 Individuo) E. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="checkbox"/> Otro:		Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación conyuge:			
Reintegro 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EFECTIVO (Encasillado 3, línea 27. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) A) Acreditar a la contribución estimada 2013 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)		CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Conyuge			
Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 27) 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (b) Intereses (c) Recargos y Penalidades 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))		PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.			
Depósito Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 021502011 Número de su cuenta: 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ (Nombre completo en letra de molde como aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del conyuge)		AUTORIZACION PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO			
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente: [Firma] Fecha: 10/04/2013		Firma del Conyuge: [Firma] Fecha:			
FIRMADA ELECTRONICAMENTE Nombre del Especialista (Letra de Molde): Luis A. Torres Fecha: 10/04/2013		Nombre de la Firma o Negocio: Torres Associates Especialista por cuenta propia (enegrezca aquí): <input checked="" type="checkbox"/> Número de Registro: 19571			
FIRMADA ELECTRONICAMENTE		Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.			

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 123456789	7. Sueldos - Wages 25919.20	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 123456789	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25919.20
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8013750542 PURIFICACION DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 375.83
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 125527664	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	11. Total=7+8+9+10 25919.20	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year	6B. Donativos Charitable Contributions 0.00	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
Número Control - Control Number 125527664	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2012 Year:	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 798.81	23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2242.73	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
		16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00	
		16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 481 Rev. 27 oct 11

FORMA CORTA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie 1854461												
Liquidador: _____ Revisor: _____		2011 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2011 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2011 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2011		2011												
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M	<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE			
Nombre del Contribuyente: JOSE Dirección Postal: VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR Código Postal: 00769-0000				Apellido Paterno: SANTIAGO Apellido Materno: MELENDEZ				Número de Seguro Social Contribuyente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Teléfono Residencia: 7874537056 Teléfono del Trabajo: _____				Sello de Recibido 14-03-2012 12:09:37 PM				
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".													Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No			
Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): BO. LOS LLANOS SECTOR CARIBE 596 Coamo PR Código Postal: 00769-0000				Correo Electrónico (E-Mail): rafa.lucha@hotmail.com				PLANILLA 2012: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES								
Cuestionario	SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: _____													E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si es casado con capitulaciones de total separación de bienes e indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)		
	PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.															
Reintegro	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C) (01) 900 00 A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) 0 00 B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 0 00 C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 900 00															
	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) (05) 0 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) 0 00 (b) Intereses (07) 0 00 (c) Recargos 0 y Penalidades 0 (08) 0 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 0 00															
Depósito	AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 021502011 Número de su cuenta: 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)															
	Declaro bajo penalidad de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.															
Firma del Contribuyente: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente				Fecha: 14-03-2012				Firma del Cónyuge: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente				Fecha: 14-03-2012				
Nombre del Especialista (Letra de Molde): Luis A. Torres				Nombre de la Firma o Negocio: Luis A. Torres				Número de Registro: 19571				Número de Identificación Patronal: 660-72-6396				
Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="radio"/>				Firma del Especialista: Firmada Electrónicamente				Fecha: 14-03-2012								

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ SI ☐ NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista

Formulario Form 499R-20W-2007 Rev. 10-11			GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT			INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		
1. Nombre (First Name) JOSE R			3. Num. Seguro Social (Social Security No.)			7. Sueldos - Wages 26,510		
Apellidos (Surname(s)) SANTIAGO MELENDEZ			4. Num. de Identificación Empleador (Employer ID No. (EIN))			8. Comisiones - Commissions 0		
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR 00769-0000			5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión (Date in which you started to receive the pension)			9. Concesiones - Allowances 0		
2. Número de Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION CAESAR GONZALEZ San Juan PR 00919-0000			6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0			10. Propinas - Tips 0		
Número de teléfono del Empleado Employee's Telephone Number			6A. Costo de la póliza de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0			11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 26,510		
Fecha Cese de Vigencias Cessation of Vigencias Date			6B. Donativos Charitable Contributions 0			12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0		
Número Control - Control Number 116459114			Copia B para Planillas del Empleado Copy B for Employees Tax Return Año: 2011			13. Cont. Retenida - Tax Withheld 867		
Instrucciones al dorso - Instructions on back			14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,205			19. Total Sueldos, Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26,510		
			15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0			20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 869		
			16. Salarios bajo Ley Num. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0			21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0		
			16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0			22. Seguro Social Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0		
			23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0					

Conservar diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Retain for ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau

Pensión: ☐ Federal: ☐

Formulario Form 499R-2M-2007 Rev. 10-11				GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT				INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA INFORMATION FOR THE DEPARTMENT OF THE TREASURY							
1. Nombre - First Name JOSE R				3. Num. Seguro Social Social Security No.				7. Sueldos - Wages 3,599				17. Total Sueldos y Seguro Social Social Security Wages			
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ				4. Num. de Identificación Employer's No. (EIN)				8. Comisiones - Commissions 0				18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0			
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address VILLA MADRID 89 Calle 2 Coamo PR 00759-0000				5. Fecha en la que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive pension				9. Concesiones - Allowances 0				19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 0			
2. Nombre - Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION CESAR GONZALEZ San Juan PR 00919-0000				6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0				10. Propinas - Tips 0				20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 0			
Número de teléfono del Empleado Employee's Telephone Number				6A. Costo de la póliza de salud auspiciada por el empleador - Cost of employer- sponsored health coverage 0				11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 3,599				21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0			
Fecha Cese de Operaciones: Cessation Operations Date				6B. Donativos Charitable Contributions 0				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0				22. Seguro Social Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0			
Número Control - Control Number 116503329				Copia B para Planillas del Empleado COPY B for Employee's Tax Return Año: 2011 Year:				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 287				23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0			
Instrucciones al dorso - Instructions on back				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 323				15. Aportaciones a Planes Qualific. Contributions to CODA PLANS 0				16. Salarios bajo Ley Num. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0			
Conservar este diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau				Pensión: <input type="checkbox"/>				Federal: <input type="checkbox"/>							

Formulario 482 Rev. 12.10

FORMA LARGA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie									
Liquidador		Revisor		2010 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2010 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2010 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2010 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2010									
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M	
Nombre del Contribuyente JOSE				Inicial R		Apellido Paterno SANTIAGO				Apellido Materno MELENDEZ		Número de Seguro Social Contribuyente	
Dirección Postal URB. VILLA MADRID				Fecha de Nacimiento		Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F		Día		Mes		Año	
CALLE 4 Z-18				Número de Seguro Social Cónyuge		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Incapacitado: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge		Teléfono Residencia 7874537056		Teléfono del Trabajo	
COAMO PR Código Postal 00769-0000				"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Recibo:	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR Código Postal 00769-0000				Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		Importe:		Sello de Pago		Día		Mes	
Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@yahoo.com													

Encasillado 1	SI NO A. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? D. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) Indique total \$ <u>0</u>		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge, arriba) 3. <input type="radio"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input checked="" type="radio"/> Soltero 5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)	
	FUENTE DE MAYOR INGRESO: E. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas F. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal G. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge		H. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado I. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) CONTRATO GOBIERNO <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge PLANILLA 2011 <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS	
	<input type="radio"/> Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajan. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo C0 Individuo.			
	Sello de Recibido 24-03-2011 11:44:19 AM			

☐ Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajan. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo C0 Individuo.

Encasillado 2	1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <input checked="" type="radio"/> SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). <input checked="" type="radio"/> Total de comprobantes con esta planilla .. 1		A-Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">1,138</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">0</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">0</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">0</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">1,138</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>		1,138	00	0	00	0	00	0	00	1,138	00	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">23,566</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">0</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">0</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">0</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">23,566</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>		23,566	00	0	00	0	00	0	00	23,566	00
	1,138	00																								
	0	00																								
	0	00																								
0	00																									
1,138	00																									
23,566	00																									
0	00																									
0	00																									
0	00																									
23,566	00																									
C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)		Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">0</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>		0	00	Salarios Federales <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">0</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>		0	00																	
0	00																									
0	00																									
2. Otros Ingresos (o Pérdidas): A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10) B) Participación distribible en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R) C) Participación distribible en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R) D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A) E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B) F) Participación distribible en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo) G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D) H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo) I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo) J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14) M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo) N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo) O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo) P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)		(02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) 894 (19) 00																								

Formulario Form 499R-1, M, PPR 1-2015				GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY CC MPK 2E ANTE DE JE E ENCIOA - V TI HIR L JIN/ STA EMEN				INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION			
1. Nombre - First Name		JOSE R		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		7. Sueldos - Wages		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld	
Apellido(s) - Surname(s)		SANTIAGO MELENDEZ		4. Número Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)		8. Comisiones - Commissions		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR 00769				5. Fecha en que comenzo a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension		9. Concesiones - Allowances		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPARTAMENTO DE EDUCACION HA TO REMPR				6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		10. Propinas - Tips		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number				Copia B para Planillas del Empleado		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10		22. Seguro Social no Retenida en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips		24. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:				Copy B for Employee's Tax Return		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses		13. Aportaciones a Planes Qualific. Contributions to CODA PLANS		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips	
Número Control - Control Number 107609294				Año: Year: 2010		14. Fondo de Retiro - Retirement Fund		15. Aportaciones a Planes Qualific. Contributions to CODA PLANS		24. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 Instrucciones al dorso de Copia D - Instructions on back of Copy D						16. Salarios bajo Ley Num. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld	
Pensión: <input type="checkbox"/> Federal: <input type="checkbox"/>						11. Total = 7 + 8 + 9 + 10		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses		13. Aportaciones a Planes Qualific. Contributions to CODA PLANS	
				Copia B para Planillas del Empleado		10. Propinas - Tips		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses	
				Año: Year: 2010		9. Concesiones - Allowances		10. Propinas - Tips		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10	
				Copy B for Employee's Tax Return		8. Comisiones - Commissions		9. Concesiones - Allowances		10. Propinas - Tips	
				Copia B para Planillas del Empleado		7. Sueldos - Wages		8. Comisiones - Commissions		9. Concesiones - Allowances	
				Año: Year: 2010		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		7. Sueldos - Wages		8. Comisiones - Commissions	
				Copy B for Employee's Tax Return		5. Fecha en que comenzo a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		7. Sueldos - Wages	
				Copia B para Planillas del Empleado		4. Número Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)		5. Fecha en que comenzo a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	
				Año: Year: 2010		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		4. Número Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)		5. Fecha en que comenzo a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension	
				Copy B for Employee's Tax Return		2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		4. Número Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)	
				Copia B para Planillas del Empleado		1. Nombre - First Name		2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address		3. Núm. Seguro Social Social Security No.	

Pago: SM -Quincenal Aviso #: 3239821
 Desde: 02/05/2009 Fecha Aviso: 02/13/2009
 02/18/2009

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ # Empleado:
 URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 Dept: 0005021-Ponce Coamo
 COAMO, PR 00769 Lugar: Purificacion Rodriguez
 Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION
 Sueldo: \$1,850.00 Monthly
 DATA IMP: Federal PR
 Estado Civil: Single Claiming: no personal exem
 Concesiones: 0
 Pct. Adcl.: 0
 Cant. Adcl.:

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
		Corriente			Acumulado			
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			925.00	180.00	2,775.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	13.41	40.24
						PR Withholding	50.75	152.25
Total:			925.00	180.00	2,775.00	Total:	64.16	192.49
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			DEDUCCIONES PATRONALES PAGADAS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	83.25	249.75	SM-Preferred Health	130.00	390.00	GPR Plan de Retiro de Maestro	78.63	235.89
						FSED Disability Plan	15.73	47.19
						SM-Preferred Health	0.00	120.00
Total:	83.25	249.75	Total:	130.00	390.00	* Tributable		
TOTAL BRUTO			BRUTO TRIBUT. FED.			DEDUCCIONES TOTALES		
Corriente:	925.00			0.00	64.16		213.25	647.59
Acumulado:	2,775.00			0.00	192.49		639.75	1,942.76
PTO. HORAS		ACUM.	DISTRIBUCION PAGA NETA					
Balance Inicial:	0.0		Aviso #3239821					
+ Ganada:			Total:					
+ Compra:			647.59					
- Usada:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:	0.0							

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
 Avenida Teniente Cesar Gonzalez
 Esquina Calaf
 HATO REY, PR 00919

Fecha
 02/13/2009

Aviso No.
 3239821

Cant. Deposito: \$647.59

A la
 Cuenta(s) De

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
 URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
 COAMO, PR 00769

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	072134828	\$647.59

Formulario 482 Rev. 11.08

FORMA LARGA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie																												
Liquidador: _____ Revisor: _____		2008 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2008 DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2008 O AÑO COMENZADO EL _____ 1 de enero de 2008 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2008		<input type="checkbox"/> PLANILLA EN MENUDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año																												
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M				Sello de Pago																												
Nombre del Contribuyente: JOSE Inicial: R Apellido Paterno: SANTIAGO MELENDEZ Apellido Materno: _____ Dirección Postal: URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR Código Postal: 00769 "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Número de Seguro Social Contribuyente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Día Mes Año Teléfono Residencia: (787) 453-7056 Teléfono del Trabajo: _____ CAMBIO DE DIRECCION: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Número de Recibo: _____ Importe: _____																												
Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR Código Postal: 00769 Correo Electrónico (E-Mail): _____		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="checkbox"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="checkbox"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input checked="" type="checkbox"/> Soltero 5. <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)																														
Encasillado 1	SI NO A. <input type="checkbox"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input type="checkbox"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="checkbox"/> ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? D. <input type="checkbox"/> ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? E. <input type="checkbox"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) F. <input type="checkbox"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?		FUENTE DE MAYOR INGRESO: G. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas H. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal I. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: _____		J. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado K. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) _____ CONTRATO GOBIERNO <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CONYUGE PLANILLA 2009 <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLES																											
	<input type="checkbox"/> Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo CO Individual.																															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"> Sello de Recibo Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE HACIENDA 1166-Calle Ponce de León RECIBIDO APR 07 2009 SIN PAGO </td> <td style="width:30%;"> 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 00 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). 01 Total de comprobantes con esta planilla .. 1 </td> <td style="width:20%;"> A-Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1,445</td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td>1,445</td><td>00</td></tr> </table> </td> <td style="width:20%;"> B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>25,110</td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td>25,110</td><td>00</td></tr> </table> </td> </tr> </table>					Sello de Recibo Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE HACIENDA 1166-Calle Ponce de León RECIBIDO APR 07 2009 SIN PAGO	1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 00 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). 01 Total de comprobantes con esta planilla .. 1	A-Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1,445</td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td>1,445</td><td>00</td></tr> </table>	1,445	00		00		00		00		00	1,445	00	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>25,110</td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td>25,110</td><td>00</td></tr> </table>	25,110	00		00		00		00		00	25,110
Sello de Recibo Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE HACIENDA 1166-Calle Ponce de León RECIBIDO APR 07 2009 SIN PAGO	1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 00 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). 01 Total de comprobantes con esta planilla .. 1	A-Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1,445</td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td>1,445</td><td>00</td></tr> </table>	1,445	00		00		00		00		00	1,445	00	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>25,110</td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td>25,110</td><td>00</td></tr> </table>	25,110	00		00		00		00		00	25,110	00					
1,445	00																															
	00																															
	00																															
	00																															
	00																															
1,445	00																															
25,110	00																															
	00																															
	00																															
	00																															
	00																															
25,110	00																															
Encasillado 2	2. Otros Ingresos (o Pérdidas): A) Ingreso de intereses (Anejo F Individual, Parte I, línea 10) (03) 00 B) Participación distributable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individual y Anejo R) (04) 00 C) Participación distributable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R) (05) 00 D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individual, Parte II, línea 1A) (06) 00 E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individual, Parte II, línea 3B) (07) 00 F) Participación distributable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individual) (08) 00 G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individual, Parte V, líneas 1C y 1D) (09) 00 H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individual) (10) 00 I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individual) (11) 00 J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) (12) 00 K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individual, Parte II, línea 12) (13) 00 L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____) (14) (15) 00 M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individual) (16) 00 N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individual) (17) 00 O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individual) (18) 2,900 00 P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individual) (19) 00 Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Someta Anejo D Individual) (20) 00 R) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individual) (21) 00 S) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Someta Anejo Q1) (22) 00																															

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

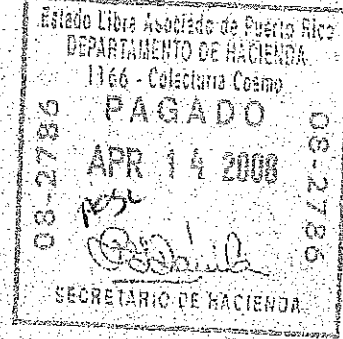
INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
7. Sueldos - Wages 25110.26		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25110.26	
10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 364.10	
11. Total=7+8+9+10 25110.26		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1445.02		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1980.98			
15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			

1. Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. <i>SE</i>
Apellido(s) - Surnames: SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) <i>SE</i>
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150542 P RODRIGUE DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2008 Year:
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year	
Número de Control - Control Number 017555278	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 10/07

FORMA LARGA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador:	Revisor:	2007	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2007	
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		AÑO CONTRIBUTIVO 2007 O AÑO COMENZADO EL			
1 de enero de 07 Y TERMINADO EL 31 de dic de 07					
Nombre del Contribuyente		Apellido Paterno		Apellido Materno	
José		Santiago		Melendez	
Dirección Postal		Villa Madrid #18 Calle 4			
Coamo P.R.		Código Postal 00769			
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí"					
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)					
Código Postal					
Correo Electrónico (E-Mail)					
Fecha de Nacimiento		Sexo		Número de Seguro Social Contribuyente	
Día Mes Año		M F			
Número de Seguro Social Cónyuge		Fecha de Nacimiento del Cónyuge			
Día Mes Año		Teléfono Residencia			
Teléfono del Trabajo		CAMBIO DE DIRECCION			
SI		No			
Número de Recibo:		07084			
Importe:		78.00			



Encasillado 1

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:	
1. <input type="checkbox"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta	
2. <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)	
(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)	
3. <input type="checkbox"/> Jefe de familia (No para casados)	
4. <input checked="" type="checkbox"/> Soltero	
5. <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)	
FUENTE DE MAYOR INGRESO:	
G. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas	
H. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal	
I. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada	
Su ocupación	
Ocupación cónyuge	
J. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado	
K. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)	
CONTRATO GOBIERNO	
<input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CONYUGE	
PLANILLA 2008	
<input checked="" type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLES	

Sello de Recibo	
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas	
A-Contribución Retenida	
B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas	
C- Sueldos del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)	
2. Otros Ingresos (o Pérdidas):	
A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10)	
B) Participación distribuible en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R)	
C) Participación distribuible en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)	
D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A)	
E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B)	
F) Participación distribuible en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo)	
G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D)	
H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo)	
I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo)	
J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)	
K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)	
L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14)	
M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)	
N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)	
O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo)	
P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)	
Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo)	

CONTRIBUCION RETENIDA	
SALARIOS FEDERALES	
5,570	

Encasillado 2

ulario
n 499R-2/W-2 PR
08.07

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. [REDACTED]	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) [REDACTED]	7. Sueldos - Wages 21737.50		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21737.50	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2007 Year:	10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 315.19	
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year			11. Total=7+8+9+10 21737.50		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 45472726			12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
			13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1181.60		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
			14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1866.48			
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00				
		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00				

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal

Cheque: 602116181

Desde: 12/01/2005

Hasta: 12/01/2005

Fecha: 11/28/2005

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ URB. VILLA MADRID C-4 Z-13 COAMO PR 00769		# Empleado: 5 Dept: 8063021-Ponte Coamo Oficina: Rio Jueyes Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$1,700.00 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Single Claiming no personal exem Concesiones: 0 Pct. Adcl.: 0 Cant. Adcl.: 0	
SS: 607				
HORAS E INGRESOS		IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente Horas	Acumulado Ingresos	
Bono de Navidad			1,000.00	
Pago de Salarios Regulares		1,206.00	16,825.00	
Pago Retroactivo Regular			1,215.00	
Total:		1,000.00	19,040.00	
DEDUCCIONES		IMPUESTOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	
GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,623.67	Fed MED/EE	
Total:		0.00	1,623.67	
DEDUCCIONES GENERALES		IMPUESTOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	
FSED Disability Plan	17.00	323.72	GPR Plan de Retiro de Maestro	
GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,533.44	SM-Plan Hospital Menonita	
SM-Plan Hospital Menonita	0.00	700.00	Total:	
Total:		0.00	0.00	* Tributable
TOTAL BRUTO		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES GENERALES
Corriente:	1,000.00	94.50	0.00	PAGA NETA
Acumulado:	19,040.00	1,534.32	1,623.67	905.50
NO HORAS		ACUM		DISTRIBUCION PAGA NETA
Balance Inicial:	0.0			Cheque #02116181
+ Acumulado:				905.50
- Utilizado:				Total:
- Donada:				905.50
+ Ajustes:				
Balance Final:	0.0			

MENSAJE: * QUE EL PROXIMO A&O TE COLME DE PAZ, PROSPERIDAD Y VERDADERO PROGRESO A TI Y A TU FAMILIA . *

Formulario 481 H-v. 05.04

FORMA CORTA						
Liquidador	R	M	V1	V2	P1	
Revisor	P2	N	D	E	A	G

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESO

AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL

1 de Enero de 2004 y terminado el 31 de Dic de 04

PLANILLA: ☐ ENMIENDADA

☐ FALLECIDO DURANTE EL AÑO

Número de Seguro Social

Número de Seguro Social Cónyuge

Sello de Pago

138025 S2323 P1 *****5-DIGIT 00769
SANTIAGO MELENDEZ, JOSE R C E
VILLA MADRID
Z18 CALLE 4
COAMO, PR 00769-2758

Sexo: ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

Fecha de Nacimiento Cónyuge

Día Mes Año

Cambio de Dirección: ☐ SI ☒ No

Planilla 2005: ☒ Pasado ☐ Ingres



Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Urb. Villa Madrid
Calle # 4, Z-18
Coamo, P.R.

Teléfono Residencia

7 8 7 8 2 5 3 8 4 8

Teléfono Oficina

Número de Barrio

06233

Importe

202.00

Código Postal

00769

Encasillado 1

SI NO

- ☒ Ciudadano de Estados Unidos?
- ☒ Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- ☒ Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- ☒ Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- ☒ Otros ingresos exentos de contribución?
- ☒ Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- ☒ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
- ☐ Empleado del Gobierno Federal
- ☐ Empleado de Empresa Privada
- ☐ Retirado/Pensionado

OCUPACION (Anotar el Código):

Contribuyente

Maestro

6110

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:

- ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
- ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
(Indique nombre y seguro social del cónyuge)
- ☐ Jefe de familia (No para casados)
- ☒ Soltero

Sello de Recibido



Encasillado 2

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2,
según aplique).

A-Contribución Retenida

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

1,249.
.212.

19,380.
3,520.

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 01

2 1,461

22,900

Contribución Retenida

Sueldos y Comisiones

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)

4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3)

22,900

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT			INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTAMENTO OF THE TREASURY INFORMATION		SECCION SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. [REDACTED]	8. Sueldos - Wages 19,380.45			17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions 0.00			18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00			19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 19,380.45	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002158131 ESC URB NU DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) [REDACTED]	11. Propinas - Tips 0.00			20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 281.02	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 19,380.45			21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2004 Year:	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00			22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 39190603		14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,249.03			23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,654.31				
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00				

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

08578486

VEA INSTRUCCIONES AL DORSO - SEE INSTRUCTIONS ON BACK
CUADRUPLICADO PARA QUIEN RECIBE EL PAGO - QUADRUPPLICATE FOR THE PAYEE'S RECORD

INSTRUCCIONES

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos:

- * todo individuo soltero (o casado, pero que no vivía con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto de más de \$3,300;
- * todo individuo casado que vivía con su cónyuge, que durante el año contributivo tuviere individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

PENALIDAD - El Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Cualquier persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla o declaración, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, en adición a otras penalidades provistas por el Código, será culpable de un delito menos grave y castigada con multa no mayor de \$500 o reclusión por un término no mayor de seis meses, o ambas penas, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos) con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, en adición a otra penalidades provistas por el Código, será culpable de un delito grave y castigada con multa no mayor de \$20,000 o reclusión por un término fijo de tres años. De mediar circunstancia agravantes, la pena establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco años. De mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un máximo de dos años, o ambas penas, a discreción del Tribunal, más las costas del proceso.

Todo individuo que reciba esta declaración, debe rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos - Forma Larga. Además, le recordamos que la cantidad retenida puede reclamarse como crédito contra la contribución a pagar.

INSTRUCTIONS

The income tax returns must be filed by:

- * every individual single (or married, one who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income of more than \$3,300;
- * every married individual who lives with his/her spouse, who during the taxable year had individually or jointly, a gross income of more than \$6,000.

PENALTY - The Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: Any person liable under any Subtitle of the Code to file a return or statement, who willfully fails to file such return or statement within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$500 or by imprisonment for a term of not more than six months, or both penalties plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return or statement (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations) with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a felony and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$20,000 or imprisonment for a fixed term of three years. If there were aggravating circumstances, the established penalty may be increased to a maximum of five years. If there were extenuating circumstances, it may be reduced to a maximum of two years, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution.

Every individual who receives this return, must file the Individual Income Tax Return - Long Form. Also, remember that the amount withheld can be claimed as a credit against the income tax to be paid.

PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Réplica

24 de febrero de 2020

rafa.lucha@hotmail.com

José R. Santiago Meléndez

Urbanización Villa Madrid B-9 Calle #2

Coamo, Puerto Rico, 00769

Teléfono (787) 453-7056

2020 MAR 10 PM 12:20

CLERK'S OFFICE
U.S. DISTRICT COURT
SAN JUAN, P.R.

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISION Y ADMINISTRACION
FINANCIERA PARA PUERTO RICO.

Como representante de:

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y Otros

PROMESA, Título III

Número 17 BK 3283-LTS

La presente radicación guarda relación con
el ELA y el SRE

Epígrafe

NOTIFICACION DE LA NONAGESIMA PRIERA OBJECION GLOBAL (NO SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y DEL SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO A RECLAMOS DEFICIENTES EN LOS QUE SE ALEGAN INTERESES SOBRE LA BASE DE LAS LEYES PUERTORRIQUEÑAS NO ESPECIFICADAS.

Número de reclamación: 157796

Mediante esta misiva solicito al **Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico**, que declare a lugar la objeción global en relación al reclamo por el pago de la **Ley de Escala Salarial**, ya que el mismo no fue adjudicado ni pagado por la Ley de Quiebras de Puerto Rico.

Trabajo para el Gobierno de Puerto Rico, Rico en la Agencia del Departamento de Educación durante el año 2000 hasta el presente , sin recibir el pago por el aumento o incentivo del gobierno para ese entonces. Estimo que durante esos años se me adeuda la cantidad aproximada de \$ 10,000.

También deseo solicitar al tribunal que sea diligente y acepte mi objeción por estar fuera de la fecha indicada. El haber excedido la fecha límite se debe a las consecuencias de los temblores y sismos que han ocurrido en Puerto Rico; por tanto no se pudo enviar en o antes del 18 de febrero de 2020. Por consiguiente no estaba la información completa en su totalidad en la réplica. Se adjunta documentación justificativa para evidenciar la objeción. Tal documentación son mis planillas desde el año 2004 hasta el año 2019 o talonarios lo que así aplique, donde se demuestra que laboré para el Gobierno de Puerto Rico el cual nunca me otorgó el aumento que por ley me correspondía.

Cordialmente,

José R. Santiago Meléndez

**TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO**

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISIÓN Y ADMINISTRACIÓN
FINANCIERA PARA PUERTO RICO,

como representante de

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y
otros,

Deudores.

PROMESA,
Título III

Núm. 17 BK 3283-LTS

(Administrada conjuntamente)

**La presente radicación guarda
relación con el ELA y el SRE.**

**NOTIFICACIÓN DE LA NONAGÉSIMA PRIMERA OBJECCIÓN GLOBAL (NO
SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y DEL
SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE
ASOCIADO DE PUERTO RICO A RECLAMOS DEFICIENTES EN LOS QUE SE
ALEGAN INTERESES SOBRE LA BASE DE LAS LEYES PUERTORRIQUEÑAS NO
ESPECIFICADAS**

**SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO EN EL ANEXO A DE LA OBJECCIÓN GLOBAL, EL
ELA Y EL SRE SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE
LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.**

**SI SU RECLAMO ES MENCIONADO EN EL ANEXO A, DEBERÁ LEER
DETENIDAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN Y LA OBJECCIÓN GLOBAL Y
COMENTARLAS CON SU ABOGADO. SI NO TIENE ABOGADO, ES POSIBLE QUE
DESEE ACUDIR A UNO.**

OBSÉRVESE QUE el 24 de octubre de 2019, el Estado Libre Asociado de Puerto (el "ELA") y el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico ("SRE"), a través de la Junta de Supervisión y Administración Financiera para Puerto Rico (la "Junta de Supervisión"), como representante del ELA y del SRE conforme al artículo 315(b) de la Ley para la Supervisión, Administración y Estabilidad Económica de Puerto Rico ("PROMESA"),¹ radicarón la *Nonagésima objeción global (no sustantiva) del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y del Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto a los Reclamos deficientes en los que se alegan intereses sobre la base de las*

¹ PROMESA ha sido codificada en el Título 48 U.S.C., §§ 2101-2241.

leyes puertorriqueñas no especificadas (la "Objeción global") ante el Tribunal de Distrito de los Estados para el Distrito de Puerto Rico (el "Tribunal").²

SÍNTESIS

- **COMPRUEBE SI SU(S) RECLAMO(S) SE MENCIONA(N) EN EL ANEXO A DE LA OBJECIÓN GLOBAL.**
- Si su(s) reclamo(s) **NO** se menciona(n) en el Anexo A, la Objeción global no afectará a su reclamo, por lo que **NO** tendrá que realizar ninguna acción.
- Si su(s) reclamo(s) se menciona(n) en el Anexo A de la Objeción global, el ELA y el SRE solicitan que su(s) reclamo(s) que se mencione(n) en el Anexo A sea(n) rechazado(s) porque, como se explicó en la Objeción global que acompaña este documento, el expediente de los Deudores indican que su reclamo es deficiente. La Objeción global y el Anexo A de la objeción global proporcionan detalles adicionales sobre los reclamos deficientes en cuestión.
- Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>.
- Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

SI NO CONTESTA CONFORME A LA PRESENTE NOTIFICACIÓN, EL TRIBUNAL PODRÁ CONCEDER EL REMEDIO SOLICITADO EN LA OBJECIÓN GLOBAL SIN OTRA NOTIFICACIÓN NI VISTA.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE CONFORME A LA REGLA LOCAL 3007-1

Cualquiera de las partes a la que se haya notificado la presente Objeción global, o cualquier otra parte de la acción que objete al remedio aquí solicitado, deberá radicar y enviar una réplica a la Objeción global a la secretaría del Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico antes de las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE. Si no se radica ninguna réplica en el plazo mencionado, se considerará que no se ha opuesto a la Objeción global, por lo que esta podrá ser declarada ha lugar, salvo que: 1) el remedio solicitado esté legalmente prohibido; 2) el remedio solicitado sea contrario al orden público; o 3) a criterio del Tribunal, el interés de la justicia exija otra cosa. Si radica una réplica en tiempo, el Tribunal podrá convocar una vista.

² Los términos en mayúscula utilizados que no estén definidos en el presente documento tendrán el significado que les haya sido atribuido en la Objeción global.

Información muy importante relativa a la elección, por parte de las Demandantes, para radicar una réplica

Quién tiene la obligación de radicar una réplica. Cualquiera de las partes que impugne la Objeción global tiene la obligación de radicar una respuesta de conformidad con los procedimientos aquí establecidos. Si la parte cuyo reclamo quede sujeto a la Objeción global no radica ni notifica una réplica de conformidad con los procedimientos aquí establecidos, el Tribunal podrá declarar ha lugar a la Objeción global en relación con tal reclamo sin más notificaciones a la demandante.

Quién NO tiene la obligación de radicar una réplica. Si usted no se opone al remedio solicitado en la Objeción global, no tendrá que radicar ninguna réplica por escrito a la Objeción global ni tendrá que comparecer en la vista sobre la Objeción global (según se explica abajo). Además, la Objeción global solo se aplica a los reclamos mencionados en el Anexo A relativo a la Objeción global, cuya copia está disponible en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si su reclamo no se menciona en el Anexo A de la Objeción global, no será necesario radicar ninguna réplica.

Fecha límite para radicar una réplica. Su réplica se considerará radicada dentro de los plazos establecidos solo si la radica ante el Tribunal y la notifica antes de las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE, o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

**La fecha límite para radicar y notificar una réplica se cumple a las
04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019.**

Vista sobre la Objeción global. Si se radica y notifica una réplica de manera adecuada conforme a la presente notificación, se celebrará una vista sobre la Objeción global y la réplica a las **09:30 a.m. (AST) del 11 de diciembre de 2019** ante su señoría, Laura Taylor Swain, en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico, 150 Carlos Chardón Street, Federal Building, San Juan, Puerto Rico 00918-1767. Si radica una réplica a la Objeción global, deberá hacer planes para comparecer en la vista sobre la Objeción global. Sin embargo, el ELA y el SRE se reservan el derecho, previa notificación con tres (3) días hábiles de antelación, a paralizar la vista sobre la Objeción global y la réplica.

Los Deudores podrán radicar una contestación a su réplica o contestación en un alegato oral durante la vista. Los Deudores podrán radicar su contestación en un plazo máximo de siete (7) días naturales antes de la celebración de la vista sobre la Objeción global y la réplica.

EL TRIBUNAL SOLO TENDRÁ EN CONSIDERACIÓN SU RÉPLICA SI ESTA SE RADICA y NOTIFICA ANTES DE LA FECHA LÍMITE PARA RESPONDER DE CONFORMIDAD CON LAS INSTRUCCIONES ESTABLECIDAS EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN.

Lo que hay que radicar con la réplica. Su réplica a la Objeción global deberá contener la siguiente información:

- (i) **Datos de contacto.** La réplica deberá contener el **nombre**, la **dirección**, el **número de teléfono** y la **dirección de correo electrónico** 1) de la demandante que responda; 2) del abogado o representante designado de la demandante al que los abogados del ELA del SRE deban notificar una respuesta a la réplica, en su caso; o 3) de la parte con potestad para reconciliar, llegar a un acuerdo o de otro modo resolver la Objeción global en nombre de la demandante.
- (ii) **Epígrafe.** La réplica deberá contener un epígrafe que incluya el nombre del Tribunal, los nombres de los Deudores, el número de procedimiento, el Título de la Objeción global con la que guarde relación la réplica, y el/los número(s) de las evidencias de reclamos relacionados de Prime Clerk (que se enumeran en el Anexo A de la Objeción global y están disponibles en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>).
- (iii) **Motivo(s) para oponerse a la Objeción global.** La réplica deberá explicar con concisión los motivos por los que el Tribunal no debe declarar ha lugar a la Objeción global a su reclamo, incluidos los fundamentos de hecho y de derecho que la demandante vaya a invocar al oponerse a la Objeción global.
- (iv) **Documentación justificativa.** Si ya no está incluida en la evidencia de reclamo, la contestación deberá contener una copia de cualquier otra documentación u otras evidencias relativas al reclamo que la demandante vaya a invocar al oponerse a la Objeción global; con la salvedad de que la demandante no tendrá que revelar en la contestación ninguna información confidencial o reservada o que esté protegida de cualquier otra forma; y también con la salvedad de que la demandante revelará al ELA y al SRE toda la información y proporcionará copias de la totalidad de los documentos que considere que son confidenciales o reservados o que estén protegidos de cualquier otra forma y que tenga la intención de invocar en apoyo de su reclamo, con sujeción a las restricciones de confidencialidad pertinentes.

Dónde y cómo radicar y notificar una réplica. Todas las réplicas deberán radicarse de forma electrónica ante el Tribunal con el nombre de expediente *En el asunto de: Estado Libre Asociado de Puerto Rico*, núm. de procedimiento 17 BK 3283-LTS. Hay dos métodos que puede utilizar para radicar su réplica:

1. **En línea.** Los usuarios inscritos en el sistema del Tribunal de radicación de causas deberán radicar su réplica de forma electrónica en un formato de documento que permita hacer búsquedas.
2. **Por correo postal.** Si usted no es un abogado que sea usuario inscrito en el sistema del Tribunal de radicación de causas, podrá radicar y notificar una réplica por correo postal dirigida a la Secretaría del Tribunal, a la Junta de Supervisión y al Comité de Acreedores a las siguientes direcciones:

Secretaría (*Clerk's Office*)
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
Room 150 Federal Building
San Juan (Puerto Rico) 00918-1767

Abogado de la Junta de Supervisión (*Counsel for the Oversight Board*)
Proskauer Rose LLP
Eleven Times Square
Nueva York, Nueva York 10036-8299
A/A: Martin J. Bienenstock
Brian S. Rosen

Abogado del Comité de Acreedores (*Counsel for the Creditors' Committee*)
Paul Hastings LLP
200 Park Avenue
Nueva York, Nueva York 10166
A/A: Luc A. Despins
James Bliss
James Worthington
G. Alexander Bongartz

SU RÉPLICA deberá enviarse para que se reciba por la Secretaría, la Junta de Supervisión y el Comité de Acreedores a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

Si no puede radicar y notificar una réplica en línea o por correo postal, según se especificó anteriormente, podrá radicar una réplica en persona en la siguiente dirección a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite:

Secretaría (*Clerk's Office*)
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
#150 Chardon Avenue
Federal Building
San Juan (Puerto Rico) 00918

Su réplica deberá incluir un certificado de notificación que indique la forma en la que se ha efectuado la notificación.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo radicar y notificar una réplica, incluidas preguntas sobre el sistema del tribunal de radicación de causas, comuníquese con **Prime Clerk** llamando al **número directo (844) 822-9231**.

Reserva de derechos. NINGUNA DISPOSICIÓN CONTENIDA EN LA OBJECIÓN GLOBAL O EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN SE CONSIDERA NI CONSIDERARÁ QUE

CONSTITUYE UNA RENUNCIA A CUALESQUIERA DERECHOS DEL ELA O DEL SRE, O DE CUALQUIER OTRA PARTE INTERESADA EN LAS CAUSAS RADICADAS CONFORME AL TÍTULO III, A IMPUGNAR CUALESQUIERA RECLAMOS; A HACER VALER CONTRARECLAMOS, DERECHOS A COMPENSACIÓN O RECUPERACIÓN, O CONTESTACIONES; A OBJETAR A RECLAMOS (O A OTROS RECLAMOS O CAUSAS RADICADAS DE UNA DEMANDANTE) ADUCIENDO CUALQUIER MOTIVO QUE NO SE HAYA ALEGADO PREVIAMENTE EN UNA OBJECCIÓN, SALVO QUE EL TRIBUNAL HAYA DECLARADO HA LUGAR A UN RECLAMO U ORDENADO OTRA COSA; O A SOLICITAR QUE SE DECLARE HA LUGAR CUALQUIER RECLAMO EN EL FUTURO. A SU DEBIDO TIEMPO, LAS PARTES AFECTADAS RECIBIRÁN LA NOTIFICACIÓN PERTINENTE DE TODO ELLO.

Recursos adicionales y con quién comunicarse en el caso de que tenga que formular preguntas

Todos los documentos enviados en el marco de las causas radicadas conforme al Título III, incluidas copias de los reclamos radicados utilizando CM/ECF, se encuentran disponibles en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. El mantenimiento de dicho sitio web lo realiza Prime Clerk; el sitio web incluye una base de datos que permite efectuar búsquedas y que ayuda a localizar documentos.

Para obtener información adicional sobre la Objeción global, el estado de su réplica, su reclamo o la presente notificación, comuníquese con Prime Clerk llamando a su número directo **(844) 822-9231** (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o al **(646) 486-7944** (para llamadas desde el extranjero), disponibles entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español). También podrá enviar consultas a la siguiente dirección de correo electrónico: puertoricoinfo@primeclerk.com.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Escuela Purificación Rodríguez Torres

Distrito Escolar de Santa Isabel – Municipio de Coamo

Oficina del Director
Dr. Ángel Santiago Rivera

4 de marzo de 2020

A Quien Pueda Interesar:

Por la presente certifico, que el Sr. José R. Santiago Meléndez trabaja en la Escuela Purificación Rodríguez Torres, Distrito Escolar de Coamo en calidad de Maestro. Dicho empleado comenzó a trabajar en nuestra escuela en septiembre de 2000 hasta el presente año.

Cualquier duda al respecto, favor comunicarse al teléfono 787-825-1684.

Cordialmente,


Ángel L. Santiago Rivera, Ed.D
Director Escolar



P.O. Box 2438 - Coamo, Puerto Rico 00769 - Tel. 787-825-1684 - d50542@de.pr.gov

El éxito comienza con la voluntad. Y la voluntad se alcanza con la perseverancia. Voluntad, Perseverancia, Éxito

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico: ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión o acoso.



080 Dept. de Educacion - Maestros
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Quincenal
Desde: 02/21/2020
Hasta: 03/06/2020

Aviso #: 6488032
Fecha Aviso: 02/28/2020

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769 SS: 6488032	# Empleado: 5155557 Dept: 8005137-SANTA ISABEL-PONCE Lugar: PURIFICACION RODRIGUEZ Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$2,316.67 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Single Claiming no personal exem Concesiones: 0 Pct. Adcl.: 0 Cant. Adcl.:
--	--	---

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente	Ingresos	Horas	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			1,158.34	258.00	4,633.36	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	16.79	67.18
						PR Withholding	38.42	153.68
Total:			1,158.34	258.00	4,633.36	Total:	55.21	220.86
DEDECCIONES			DEDECCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	104.25	417.00	SM-First Medical Health Plan	174.50	698.00	SM-First Medical Health Plan	120.00	240.00
			SC-OCCIDENTAL LIFE INSS	25.00	100.00	FSED Disability Plan	19.69	78.76
			OS-AMPR LOCAL SIND AFIL	8.50	34.00			
Total:	104.25	417.00	Total:	208.00	832.00	* Tributable		
TOTAL BRUTO			BRUTO TRIBUT. FED			DEDUCCIONES TOTALES		
Corriente:	1,158.34		0.00		55.21	312.25		790.88
Acumulado:	4,633.36		0.00		220.86	1,249.00		3,163.50
Vacacion	Horas	Enfermedad	Horas	Tiempo Comp.	Horas	DISTRIBUCION PAGA NETA		
Balance Previo:	0.00	Balance Previo:	0.00	Balance Previo:	0.00	Aviso #6488032		790.88
+ Acumulado:	0.00	+ Acumulado:	0.00	+ Acumulado:	0.00			
- Utilizado:	0.00	- Utilizado:	0.00	- Utilizado:	0.00	Total:		790.88
Balance Final:	0.00	Balance Final:	0.00	Balance Final:	0.00			

Los balances de licencias corresponden al periodo de:

MENSAJE:

Dept. de Educacion - Maestros
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Fecha
02/28/2020

Aviso No.
6408032

Cant. Deposito: \$790.88

A la
Cuenta(s) De

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
COAMO, PR 00769

Localizacion: PURIFICACION RODRIGUEZ

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	790.88
Total:		790.88

NO-NEGOCIABLE

080 Dept. de Educacion - Maestros
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Quincenal
Desde: 11/11/2019
Hasta: 11/22/2019

Aviso #: 4641689
Fecha Aviso: 11/29/2019

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769 SS: 581-87-2097	# Empleado: 581-87-2097 Dept: 8005137-SANTA ISABEL-PONCE Lugar: PURIFICACION RODRIGUEZ Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$2,316.67 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Single Claiming no personal exem Concesiones: 0 Pct. Adcl.: 0 Cant. Adcl.:
--	--	---

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
		Corriente			Acumulado			
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			1,158.34	1,374.00	25,087.52	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	16.80	373.98
Bono de Navidad			0.00		600.00	PR Withholding	38.42	818.63
Pago Retroactivo Regular			0.00		104.17			
Total:			1,158.34	1,374.00	25,791.69	Total:	55.22	1,192.61

DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	104.25	2,267.35	SM-First Medical Health Plan	174.50	3,803.00	SM-First Medical Health Plan	120.00	1,320.00
			SC-OCCIDENTAL LIFE INSS	25.00	550.00	FSED Disability Plan	19.69	428.30
			OS-AMPR LOCAL SIND AFIL	8.50	187.00			
Total:	104.25	2,267.35	Total:	208.00	4,540.00	* Tributable		
TOTAL BRUTO			BRUTO TRIBUT. FED			DEDUCCIONES TOTALES		
Corriente:	1,158.34			0.00			312.25	790.87
Acumulado:	25,791.69			0.00			6,807.35	17,791.73
Vacacion	Horas	Enfermedad	Horas	Tiempo Comp.	Horas	DISTRIBUCION PAGA NETA		
Balance Previo:	0.00	Balance Previo:	0.00	Balance Previo:	0.00	Aviso #4641689		790.87
+ Acumulado:	0.00	+ Acumulado:	0.00	+ Acumulado:	0.00	Total:		790.87
- Utilizado:	0.00	- Utilizado:	0.00	- Utilizado:	0.00			
Balance Final:	0.00	Balance Final:	0.00	Balance Final:	0.00			

Los balances de licencias corresponden al periodo de:

MENSAJE:

Dept. de Educacion - Maestros
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Fecha
11/29/2019

Aviso No.
4641689

Cant. Deposito: \$790.87

A la
Cuenta(s) De

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
COAMO, PR 00769

Localizacion: PURIFICACION RODRIGUEZ

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	790.87
Total:		790.87

NO-NEGOCIABLE

Formulario 482 Rev. 23 oct 18

2018 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2018		Número de Serie 1985767	
Liquidador R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2018 O AÑO COMENZADO EL	
Nombre del Contribuyente JOSE		Inicial R		Apellido Paterno SANTIAGO	
Dirección Postal Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4		Apellido Materno MELENDEZ		Número de Seguro Social Contribuyente 596-07-0725	
Coamo PR Código Postal 00769-0000		Fecha de Nacimiento 30-12-1972		Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Nombre e Inicial del Cónyuge MARTA I		Apellido Paterno RIVERA		Número de Seguro Social Cónyuge 596-07-0725	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4		Apellido Materno ESPADA		Fecha de Nacimiento del Cónyuge 30-12-1972	
Coamo PR Código Postal 00769-0000		Teléfono Residencia 7874537056		Sexo del Cónyuge <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@hotmail.com		Teléfono del Trabajo		Sello de Recibido 	
Cuestionario		CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge	
A. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="radio"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día) 2. <input type="radio"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día) 3. <input type="radio"/> No residente durante todo el año C. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): 1. <input type="radio"/> Atribuible al contribuyente \$ 0 2. <input type="radio"/> Atribuible al cónyuge \$ 0 D. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día) H. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="radio"/> Contribuyente (Núm. decreto) 2. <input type="radio"/> Cónyuge (Núm. decreto)		I. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro		J. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input checked="" type="radio"/> Casado, (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110 Ocupación del cónyuge Otros Oficios o Profesiones 8110	
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro		1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 (01) 819 00 A) Acreditar a la contribución estimada 2019 (02) 0 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03) 0 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 0 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 819 00			
Pago		2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 0 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 0 00 (b) Intereses (08) 0 00 (c) Recargos 0 y Penalidades 0 (09) 0 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10) 0 00			
Depósito		AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 021502011 Número de su cuenta 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)			
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Fecha 02-04-2019		Firma del Cónyuge <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente Nombre de la Firma o Negocio Luis A Torres	
04		Fecha 02-04-2019			

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.18



GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE R		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 000000000		INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Last Name(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 000000000		7. Sueldos - Wages 27,467		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR 00769-0000		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: 28-01-1973		6. Donativos Charitable Contributions 0		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 27,467	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION ESQUINA CALAF San Juan PR 00919		Patrono: - Employer: Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for:		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 398	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 27,467		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:		B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number F0717193216		C- <input type="checkbox"/> Otros / Others:		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 835		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Número Control - Control Number 180048817		Año: 2018 Year:		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,397			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS 0			
				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 16. 0			
				Código/Code 16A. 0			
				Código/Code 16B. 0			
				16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0			

☒ W2
☐ W2C

Planilla Radicada Electrónicamente

FORMA ÚNICA																GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA								2017			
Liquidador																Revisor											
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M															
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2017 O AÑO COMENZADO EL																Número de Sene											
1 de enero de 2017 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2017																PLANILLA ENMENDADA											
Nombre del Contribuyente JOSE R SANTIAGO MELENDEZ																FALLECIDO DURANTE EL AÑO:											
Dirección Postal Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR 00769																CONTRIBUYENTE CONYUGE											
Código Postal																CONYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido)											
Nombre e Inicial del Cónyuge MARTA RIVERA ESPADA																Sello de Recibo											
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR Código Postal 00769																05/04/2018											
Correo Electrónico (E-Mail) carla.lucha@hotmail.com																03:50:02 PM											
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:																CONTRATO GOBIERNO:											
A. Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones)																CONTRIBUYENTE											
B. Residente de Puerto Rico durante todo el año?																CONYUGE											
Si contestó "No", indique una de las siguientes:																											
1. Fecha de mudanza a P.R. (Día Mes Año)																											
2. Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día Mes Año)																											
3. No residente durante todo el año																											
C. ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad):																											
1. Atribuible al contribuyente \$																											
2. Atribuible al cónyuge \$																											
D. Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)																											
E. Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)																											
F. Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal?																											
G. Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día Mes Año)																											
H. Médico cualificado bajo la Ley 14-2017?																											
1. Contribuyente (Núm. decreto)																											
2. Cónyuge (Núm. decreto)																											
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:																											
1. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas																											
2. Empleado del Gobierno Federal																											
3. Empleado de Empresa Privada																											
4. Retirado/Perisionado																											
5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)																											
6. Otro																											
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:																											
1. Casado																											
(Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)																											
2. Contribuyente individual																											
(Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es:																											
3. Casado con capitulaciones de total separación de bienes																											
4. Casado que no vivía con su cónyuge																											
5. Casado que rinde por separado																											
(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)																											
Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110																											
Ocupación del cónyuge AMA DE CASA 8110																											
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.																											
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)																											
A) Acreditar a la contribución estimada 2018																											
B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan																											
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico																											
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)																											
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)																											
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado																											
(b) Intereses																											
(c) Recargos y Penalidades																											
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))																											
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO																											
Tipo de cuenta																											
Número de ruta/tránsito																											
Número de su cuenta																											
Cheques Ahorros																											
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA																											
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)																											
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla y declaro que es correcta y verdadera, y que la misma es idéntica a la información disponible y dicha información ha sido verificada.																											
La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.																											
Firma del Contribuyente																											
Firma del Cónyuge																											
FIRMADA ELECTRONICAMENTE																											
FIRMADA ELECTRONICAMENTE																											
LUIS A TORRES																											
TORRES ASSOCIATES																											

Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.17



GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 504370007		7. Sueldos - Wages 26,320.87		INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Last Name(s) R SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 0000000000		8. Comisiones - Commissions 0.00				17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C 4 COAMO PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00				18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Fecha de Nacimiento: Día 28 Mes 1 Año 1973 Date of Birth: Day Month Year		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		10. Propinas - Tips 0.00				19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26,320.87	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR ESQUINA CALAF HATO REY PR 00919		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 26,320.87				20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 381.65	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 773-3508				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00				21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 749.90				22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S170008				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,309.51				23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 006975289		Año: 2017 Year:		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00					
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0.00					
				16. Código/Code 0.00					
				16A. Código/Code 0.00					
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00					

**INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA**

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2cW-2cPR.

**INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN**

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
- is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits.

Formulario 482 Rev. 16 nov 16

FORMA ÚNICA		2016		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2016		Número de Serie																																																																																																																											
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2016 O AÑO COMENZADO EL																																																																																																																															
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M																																																																																																																							
1 de enero de 2016 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2016																																																																																																																																			
Nombre del Contribuyente				Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente																																																																																																																									
JOSE				R		SANTIAGO		MELENDEZ		[Redacted]																																																																																																																									
Dirección Postal				Código Postal		Fecha de Nacimiento		Sexo		Sello de Recibo																																																																																																																									
Urb VILLA MADRID				00769		[Redacted]		M		08/04/2017																																																																																																																									
Z18 Calle 4						Día Mes Año		[Redacted]		09:00:11 AM																																																																																																																									
Coamo PR						Número de Seguro Social Cónyuge		[Redacted]		[Redacted]																																																																																																																									
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo del Cónyuge																																																																																																																									
MARTA				I		RIVERA		ESPADA		M																																																																																																																									
Dirección Residencial del Cónyuge (Barrio o Urbanización, Número, Calle)				Código Postal		Teléfono Residencia		Teléfono del Trabajo		CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: Día Mes Año)																																																																																																																									
Urb VILLA MADRID				00769		(787) 453-7056				[Redacted]																																																																																																																									
Z18 Calle 4										[Redacted]																																																																																																																									
Coamo PR										[Redacted]																																																																																																																									
Correo Electrónico (E-Mail)				Código Postal		Cambio de Dirección: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Solicitud Prorroga: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		[Redacted]																																																																																																																									
rafa.lucha@hotmail.com				00769		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]																																																																																																																									
Cuestionario A. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. Fecha de mudanza a P.R. () 2. Fecha de mudanza fuera de P.R. () No residente durante todo el año C. <input type="checkbox"/> ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): Atribuible al contribuyente \$ _____ Atribuible al cónyuge \$ _____ D. <input type="checkbox"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="checkbox"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="checkbox"/> ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="checkbox"/> ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio:) Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge AMA DE CASA 8110																																																																																																																																			
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="checkbox"/> Otro _____ ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase a Anejo CO Individuo) 2. <input type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge																																																																																																																																			
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;">Reintegro</th> <th style="width:75%;">1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)</th> <th style="width:10%;">(01)</th> <th style="width:10%;">(02)</th> <th style="width:10%;">(03)</th> <th style="width:10%;">(04)</th> <th style="width:10%;">(05)</th> <th style="width:10%;">(06)</th> <th style="width:10%;">(07)</th> <th style="width:10%;">(08)</th> <th style="width:10%;">(09)</th> <th style="width:10%;">(10)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>A) Acreditar la contribución estimada 2017</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(b) Intereses</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(c) Recargos y Penalidades</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												Reintegro	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)		A) Acreditar la contribución estimada 2017												B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan												C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico												D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)												2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)												3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado												(b) Intereses												(c) Recargos y Penalidades												4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))										
Reintegro	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)																																																																																																																								
	A) Acreditar la contribución estimada 2017																																																																																																																																		
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan																																																																																																																																		
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico																																																																																																																																		
	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)																																																																																																																																		
	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)																																																																																																																																		
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado																																																																																																																																		
	(b) Intereses																																																																																																																																		
	(c) Recargos y Penalidades																																																																																																																																		
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))																																																																																																																																		
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta <input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 021502011 Número de su cuenta 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)																																																																																																																																			
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Contribuyente [Redacted] Fecha 08/04/2017 Firma del Cónyuge [Redacted] Fecha 08/04/2017 FIRMADA ELECTRONICAMENTE Nombre del Especialista (Letra de Molde) Luis Torres Nombre de la Firma o Negocio Torres Associates Número de Registro [Redacted]																																																																																																																																			

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 08.16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE R		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 507-25-0007		7. Sueldos - Wages 26,325		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6001500101		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR 00769-0000		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26,325	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: 28-01-1973		6. Donativos Charitable Contributions 0		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 381	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION ESQUINA CALAF San Juan PR 00919		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to: Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 26,325		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 749		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S160021				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,315			
Número Control - Control Number 006251806				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		Año: 2016 Year:		16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0			
				16A. 0			
				16B. Adiciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0			

☒ W2
☐ W2C

Planilla Radicada Electrónicamente

Formulario 482 Rev. 20 oct 15

FORMA UNICA		2015		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2015		Número y Serie	
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2015 (AÑO COMENZADO EL					
R	G	RO	VI	N	1	P	2	N	D
Nombre del Contribuyente				Apellido Paterno		Apellido Materno			
JOSE				SANTIAGO		MELENDEZ			
Dirección Postal				Código Postal					
Urb VILLA MADRID				00769					
Z18 Calle 4									
Coamo PR									
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno			
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)				Código Postal					
BO. LOS LLANOS				00769					
SECTOR CARIBE 596									
Coamo PR									
Correo Electrónico (E-Mail)				Código Postal					
rafa.lucha@hotmail.com				00769					
Cuestionario				FUELE DE MAYOR INGRESO:		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO		CONTRATO DE GOBIERNO:	
A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos?				1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas		4. <input type="radio"/> Retirado Pensionado			
B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico durante todo el año?				2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal		5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria y pago principal)			
C. <input type="radio"/> No contestó "No", Indique una de las siguientes:				3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada		6. <input type="radio"/> Otro			
D. <input type="radio"/> Fecha de mudanza a P.R. _____									
E. <input type="radio"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. _____									
F. <input type="radio"/> No residente durante todo el año									
G. <input type="radio"/> Generó ingresos fuera del periodo de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad):				CASADO					
H. <input type="radio"/> Atribuible al contribuyente \$ _____				Contribuyente individual					
I. <input type="radio"/> Atribuible al cónyuge \$ _____				(Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es:					
J. <input type="radio"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución?				Casado con capitulaciones de total separación de bienes					
K. <input type="radio"/> (Someta Anejo IE Individuo)				Casado que no vivía con su cónyuge					
L. <input type="radio"/> Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)				Casado que rinde por separado					
M. <input type="radio"/> Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal?				(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)					
N. <input type="radio"/> Militar activo en zona de combate? (Fecha en que cesó en el servicio: _____)									
Su ocupación Maestro de Escuela 6110				Ocupación cónyuge _____					
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.									
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 27. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 1,383.00									
A) Acreditar a la contribución estimada 2016 00.00									
B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan 00.00									
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico 1,383.00									
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 00.00									
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 27) 00.00									
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado 00.00									
(b) Intereses 00.00									
(c) Recargos y Penalidades 00.00									
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) 00.00									
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO									
Tipo de cuenta		Número de ruta/tránsito				Número de su cuenta			
<input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros		021502011				072134828			
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ		y _____							
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)									
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es clara, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es consistente con la información disponible y dicha información ha sido verificada.									
Firma del Contribuyente				Fecha		Firma del Cónyuge		Fecha	
✓ FIRMADA ELECTRONICAMENTE				09/04/2016		✓			
Nombre del Especialista (Letra de Molde)				Nombre de la Firma o Negocio		Especialista por cuenta		Número de Registro	
LUIS TORRES				TORRES ASSOCIATES		40574			
Firma del Especialista				Fecha		Firma del Contribuyente		Fecha	

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT				INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 50-007-0007 <i>JE</i>		7. Sueldos - Wages 26371.03	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 60-0000001 <i>JE</i>		8. Comisiones - Commissions 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF SANTO REY, PR 00919		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		10. Propinas - Tips 0.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 8150008		Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		11. Total=7+8+9+10 26371.03	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26371.03
Fecha de Operaciones: Date of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 752.72	
Número de Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number 004903672		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2319.39		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 382.38
Número de Control - Control Number 004903672		16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			



Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 31 oct 14

FORMA ÚNICA		2014		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2014		Número de Serie							
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2014 O AÑO COMENZADO EL				<input type="checkbox"/> PLANILLA ENMENDADA							
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M			
1 de enero de 2014 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2014												<input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Mes Año			
Nombre del Contribuyente				Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente				<input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	
JOSE				R		SANTIAGO		MELENDEZ		502-22-0007				CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social del cónyuge fallecido)	
Dirección Postal				Urb VILLA MAERID		Z18 Calle 4		Coamo PR		Código Postal		00769		Sello de Recibido	
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento del Cónyuge				Sexo		M F	
BO. LOS LLANOS				SECTOR CARIBE 596		Coamo PR		Código Postal		00769		(787) 453-7056			
Correo Electrónico (E-Mail)				rafa.lucha@hotmail.com		CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social del cónyuge fallecido)				Sello de Recibido					
¿UTILIZÓ PROGRAMA ELABORADO PARA LLENAR LA PLANILLA?				<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿SOLICITÓ PRÓRROGA?				<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		PLANILLA 2015: <input checked="" type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLÉS			
Cuestionario												F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:			
A. <input checked="" type="checkbox"/> SI Ciudadano de Estados Unidos?												1. <input checked="" type="checkbox"/> Casado			
B. <input checked="" type="checkbox"/> SI Residente de Puerto Rico al finalizar el año?												(Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo C1 Individuo)			
C. <input checked="" type="checkbox"/> SI Otros ingresos excluidos o exentos de contribución?												2. <input checked="" type="checkbox"/> Contribuyente individual			
D. <input checked="" type="checkbox"/> SI Individuo residente inversionista?												(Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es Casado con capitulaciones de total separación de bienes Casado que no vivía con su cónyuge)			
E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:												3. <input checked="" type="checkbox"/> Casado que rinde por separado			
1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas												(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)			
2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal															
3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada															
4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado															
5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)															
6. <input type="checkbox"/> Otro															
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge												CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge			
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.															
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)															
A) Acreditar la contribución estimada 2015															
B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan															
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico															
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)															
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 28)															
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado															
(b) Intereses															
(c) Recargos y Penalidades															
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))															
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO															
Tipo de cuenta <input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros															
Número de ruta/tránsito 021502011															
Número de su cuenta 072134828															
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y															
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)															
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.															
Firma del Contribuyente															
Fecha 30/03/2015															
Firma del Cónyuge															
FIRMA ELECTRÓNICA															
Nombre del Especialista (Letra de Molde)															
Nombre de la Firma o Negocio															
Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)															
Número de Registro															
Firma del Especialista															
Fecha 30/03/2015															
FIRMA ELECTRÓNICA															

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 09.14

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 		7. Sueldos - Wages 26130.36		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26130.36	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.gobierno.pr) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 378.89	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		Año: 2014		11. Total=7+8+9+10 26130.36		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S140003		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 737.39		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 004382947		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2297.73		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00		16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Liquidador		Revisor		2013		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO		2013		Número de Serie	
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		AÑO CONTRIBUTIVO 2013 O AÑO COMENZADO EL									
R G RO V1 V2 E1 P2 N D1 D2 E A M		1 de enero de 2013 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2013									
Nombre del Contribuyente		Initial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente		PLANILLA ENMENDADA	
JOSE		R		SANTIAGO		MELENDEZ		001-07-0026		FALLECIDO DURANTE EL AÑO: / /	
Dirección Postal								Fecha de Nacimiento		Sexo	
VILLA MADRID								07/04/2013		M	
CALLE 4 Z 18								Día Mes Año		F	
Coamo PR								Número de Seguro Social Cónyuge		CONTRIBUYENTE CONYUGE	
										CONYUGE SUPLENTE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO	
Código Postal		00769						Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo	
								00/00/00		M	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".								Día Mes Año		F	
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno				Teléfono Residencia		Teléfono del Trabajo	
								(787) 453-7056			
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)											
BO. LOS LLANOS											
SECTOR CARIBE 596											
Coamo PR											
Código Postal		00769									
Correo Electrónico (E-Mail)		rafa.lucha@hotmail.com									
CUESTIONARIO		PLANILLA CON CHEQUE		PLANILLA CON CHEQUE		PLANILLA CON CHEQUE		PLANILLA CON CHEQUE		PLANILLA CON CHEQUE	
A. ¿Ciudadano de Estados Unidos?		B. ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?		C. ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)		D. ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)		E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:		F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:	
1. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas		2. Empleado del Gobierno Federal		3. Empleado de Empresa Privada		4. Retirado/Pensionado		5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)		6. Otro	
Su ocupación		Maestro de Escuela		6110		Ocupación cónyuge				CONTRATO GOBIERNO:	
										Contribuyente Cónyuge	
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.											
1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)											
A) Acreditar a la contribución estimada 2014											
B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan											
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico											
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)											
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 28)											
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado											
(b) Intereses											
(c) Recargos y Penalizaciones											
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))											
AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO											
Tipo de cuenta		Número de ruta/tránsito		Número de su cuenta							
Cheques Ahorros		0 2 1 5 0 2 0 1 1		0 7 2 1 3 4 8 2 8							
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ											
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)											
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.											
Firma del Contribuyente		Fecha		Firma del Cónyuge		Fecha					
FIRMADA ELECTRONICAMENTE		07/04/2014									
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio									
Luis Torres		Torres Associates									
Firma del Especialista		Fecha		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)		Número de Registro					
FIRMADA ELECTRONICAMENTE		07/04/2014				19571					
NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique el tipo de pago por la preparación de su planilla: Si No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.											

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 08/13

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 07-1010101 82		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 07-1010101 82		7. Sueldos - Wages 36206.09		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 36206.09	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 524.99	
Fecha Cese de Operaciones; Cease of Operations Date; Día Mes Año Day Month Year		6B. Donativos Charitable Contributions 0.00		11. Total=7+8+9+10 36206.09		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number C400001		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2013 Year:		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 004469046				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1483.14		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2804.55			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
				16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00			
				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 27 nov 12

FORMA LARGA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR) <input type="checkbox"/> PLANILLA EN MENUDADA		Número de Serie	
Liquidador: 2012 Revisor: 2012 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2012 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2012 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2012		<input type="checkbox"/> PLANILLA EN MENUDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DENTRO DEL AÑO: Día Mes Año <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CONYUGE		Fecha de Recibido: 10/04/2013 6:19:39 PM	
Nombre del Contribuyente: JOSE Dirección Postal: VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR Código Postal: 00769		Número de Seguro Social Contribuyente: 584-07-2097 Fecha de Nacimiento: Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Número de Seguro Social Cónyuge: Fecha de Nacimiento del Cónyuge: Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Teléfono Residencia: (787) 453-7056 Teléfono del Trabajo:		PLANILLA 2013: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS	
Nombre e Inicial del Cónyuge: Apellido Paterno: Apellido Materno: Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): BO. LOS LLANOS SECTOR CARIBE 596 Coamo PR Código Postal: 00769		Correo Electrónico (E-Mail): rafa.lucha@hotmail.com		F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuos) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)	
E. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro		Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge:		CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge	
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 27. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)					
A) Acreditar a la contribución estimada 2013 (01) 836 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 836 (05)					
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 27) (06) 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalidades (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10)					
AUTORIZACION PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO					
Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 021502011 Número de su cuenta: 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)					
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que preparó la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente: FIRMA ELECTRONICAMENTE Nombre del Especialista (Letra de Molde): Luis A. Torres		Fecha: 10/04/2013 Firma del Cónyuge:		Nombre de la Firma o Negocio: Torres Associates Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="radio"/> Número de Registro: 19571	
Firma del Especialista: FIRMA ELECTRONICAMENTE		Fecha: 10/04/2013		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="radio"/> Número de Registro: 19571	

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 503-27-0637	7. Sueldos - Wages 25919.20	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 503-27-0637	8. Comisiones - Commissions 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8013750542 PURIFICACI DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25919.20
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	11. Total=7+8+9+10 25919.20	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 375.83
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year	6B. Donativos Charitable Contributions 0.00	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Número Control - Control Number 125527664	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2012 Year:	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 798.81	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2242.73	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
		16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00	
		16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 481 Rev. 27 oct 11

FORMA CORTA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FLJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie 1854461	
Liquidador: _____ Revisor: _____		2011 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2011 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2011 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2011 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2011		<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día Mes Año <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE	
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M Nombre del Contribuyente: JOSE Inicial: R Apellido Paterno: SANTIAGO Apellido Materno: MELENDEZ Dirección Postal: VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR Código Postal: 00769-0000 "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí". Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): BO. LOS LLANOS SECTOR CARIBE 596 Coamo PR Código Postal: 00769-0000 Correo Electrónico (E-Mail): rafa.lucha@hotmail.com		Número de Seguro Social Contribuyente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Teléfono Residencia: 7874537056 Teléfono del Trabajo: _____ Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		Sello de Recibido 14-03-2012 12:09:37 PM PLANILLA 2012: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	
Cuestionario SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: _____		E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si es casado con capitulaciones de total separación de bienes e indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)			
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C) (01) 900 00 A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) 0 00 B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 0 00 C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 900 00		2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) (05) 0 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) 0 00 (b) Intereses (07) 0 00 (c) Recargos 0 y Penalidades 0 (08) 0 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 0 00			
Pago		Depósito Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 021502011 Número de su cuenta: 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)			
Declaro bajo penalidad de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente: _____ Fecha: 14-03-2012		Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____		Nombre de la Firma o Negocio: Luis A. Torres	
04 Nombre del Especialista (Letra de Molde): Luis A. Torres		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="radio"/>		Firma del Especialista: Firmada Electrónicamente Fecha: 14-03-2012	
Número de Registro: 19571		Número de Identificación Patronal: 660-72-6396		NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista	

Formulario Form 489R-2W-2P Rev. 10/11		GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name JOSE R		3. Num. Seguro Social Social Security No. 093100		7. Sueldos - Wages 25,510		17. Total Sueldos y Seguro Social Total Social Security Wages 0	
Apellidos - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Num. de Identificación Patronal Employer's No. (EIN) DEPT EDUCACION		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR 00769-0000		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension 0		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Total Social Security Wages and Tips 0	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address CAESAR GONZALEZ San Juan PR 00919-0000		6. Costo de Fijación o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 369	
Número de teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 0		6a. Costo de la póliza de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 25,510		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Fecha de cesación de las retenciones Cessation of Withholdings Date 0		8b. Donativos Charitable Contributions 0		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0		22. Seguro Social Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Número Control - Control Number 116459114		Copia B para Planillas del Empleado Copy B for Employees Tax Return Año: 2011 Year: 2011		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 367		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Instrucciones al dorso - Instructions on back		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,205		15. Aportaciones a Planes Qualific. Contributions to CODA PLANS 0			
Conserve este Dilez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas. Retain this Dilez (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau.		16. Salarios bajo Ley Num. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0		16a. Aportaciones al Programa Ahorro y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0		Federal: <input type="checkbox"/>	

Formulario Form 493R-2017-2018 Rev. 10/11		GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	
1. Nombre (First Name) JOSE R		3. Num. Seguro Social (Social Security No.) 116503929		7. Sueldos - Wages 3,599	
Apellido(s) (Surname) SANTIAGO MELENDEZ		4. Num. de Identificación del Empleado (Employee ID No.) (EIN) 116503929		8. Comisiones - Commissions 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR 00769-0000		5. Fecha en la que comenzó a recibir la Retención - Date on which you started to receive withholding 11/1/2017		9. Concesiones - Allowances 0	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION CESAR GONZALEZ San Juan PR 00919-0000		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0		10. Propinas - Tips 0	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 116503929		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 3,599		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 0	
Fecha Cese de Operaciones Cease (Cessation) Date: 11/1/2017		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 0	
Número Control - Control Number 116503929		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 287		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Instrucciones al dorso - Instructions on back		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 323		22. Seguro Social Retenido en Propinas - Tax on Tips Social Security Tax on Tips 0	
Año: Year: 2017		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Pensión: <input type="checkbox"/>		16. Salarios bajo Ley Num. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0			
Federal: <input type="checkbox"/>		17. Total Sueldos y Seguro Social Social Security Wages 0			
		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0			

Formulario 482 Rev. 12.10

FORMA LARGA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FLJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador: _____ Revisor: _____		2010 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2010 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2010 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2010 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2010		<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año	
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		Nombre del Contribuyente: JOSE Inicial: R Apellido Paterno: SANTIAGO Apellido Materno: MELENDEZ		Número de Seguro Social Contribuyente: 504-07-0007	
Dirección Postal: URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR Código Postal 00769-0000		Fecha de Nacimiento: 28-01-1973 Sexo: M Día Mes Año		Sello de Pago	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí". Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____		Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Incapacitado: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge Teléfono Residencia: 7874537056 Teléfono del Trabajo: _____		Número de Recibo: _____ Importe: _____	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR Código Postal 00769-0000		Correo Electrónico (E-Mail): rafa.lucha@yahoo.com		CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No	

Encasillado 1	SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? D. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) Indique total \$ _____ 0		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge, arriba) 3. <input type="radio"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input checked="" type="radio"/> Soltero 5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)	
	FUENTE DE MAYOR INGRESO: E. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas F. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal G. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: _____		H. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado I. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal): _____	
	CONTRATO GOBIERNO <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge		PLANILLA 2011 <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	
	<input type="radio"/> Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo CO Individual.			

Sello de Recibido 24-03-2011 11:44:19 AM	1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique). 01 Total de comprobantes con esta planilla .. 1	A-Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1,138</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>1,138</td><td>00</td></tr> </table> Contribución Retenida 0 00	1,138	00	0	00	0	00	0	00	1,138	00	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>23,566</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>23,566</td><td>00</td></tr> </table> Salarios Federales 0 00	23,566	00	0	00	0	00	0	00	23,566	00
1,138	00																						
0	00																						
0	00																						
0	00																						
1,138	00																						
23,566	00																						
0	00																						
0	00																						
0	00																						
23,566	00																						

Encasillado 2	2. Otros Ingresos (o Pérdidas): A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10) (03) 0 00 B) Participación distribuable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R) (04) 0 00 C) Participación distribuable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R) (05) 0 00 D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A) (06) 0 00 E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B) (07) 0 00 F) Participación distribuable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo) (08) 0 00 G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D) (09) 0 00 H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo) (10) 0 00 I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo) (11) 0 00 J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) (12) 0 00 K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (13) 0 00 L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____) (14) (15) 0 00 M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo) (16) 0 00 N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo) (17) 0 00 O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo) (18) 894 00 P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo) (19) 0 00	
----------------------	--	--

Formulario Form 496R - M. 2PR 1-2017		GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY CC-MPR-DE-AN-E-DE-ENCIO-V-IT-HH-L-UN-STA-EMEN-		INSTRUCCION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INSTRUCCION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA	
1. Nombre - First Name JOSE R		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 23,566		7. Sueldos - Wages 23,566	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Número de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 00000000		8. Comisiones - Commissions 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR 00769		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension 0		9. Concesiones - Allowances 0	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPARTAMENTO DE EDUCACION HA TO REMP		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0		10. Propinas - Tips 0	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 107609294		Copia B para Planillas del Empleado Copy B for Employee's Tax Return 2010		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 23,566	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: 107609294		Copia B para Planillas del Empleado Copy B for Employee's Tax Return 2010		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 1,138	
Número Control - Control Number 107609294		Año: Year: 2010		13. Cor. Retiro - Tax on Retirement 2,030	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 Instrucciones al dorso de Copia D - Instructions on back of Copy D		14. Fondo de Retiro - Retirement Fund 2,030		15. Aportaciones a Planes Qualific. Contributions to QOPRA PLANS 0	
Pensión: <input type="checkbox"/> Federal: <input type="checkbox"/>		16. Salarios bajo Ley Num. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
		18. Seguros Sociales Retenidos Social Security Tax Withheld 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 23,566	
		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 341		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
		22. Contrib. Social no Retenida Social Security Tax on Tips 0		23. Contrib. Medicare no Retenida Medicare Tax on Tips 0	
		24. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 0			

Planilla Radicada Electrónicamente

Pago: SM -Quincenal Aviso #: 3239821
Desde: 02/05/2009 Fecha Aviso: 02/13/2009
Hasta: 02/18/2009

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
COAMO, PR 00769
SS: 581372697

Empleado: 581372697
Dept: 8005021-Ponce Coamo
Lugar: Purificacion Rodriguez
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Sueldo: \$1.850.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Single Claiming no personal exem
Concesiones: 0
Pct. Adcl.: 0
Cant. Adcl.:

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente		Acumulado		Descripcion	Corriente	
		Horas	Ingresos	Horas	Ingresos		Horas	Ingresos
Pago de Salarios Regulares			925.00	180.00	2,775.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	13.41	40.24
						PR Withholding	50.75	152.25
Total:			925.00	180.00	2,775.00	Total:	64.16	192.49
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente		Descripcion	Corriente		Descripcion	Corriente	
	Acumulado			Acumulado			Acumulado	
GPR Plan de Retiro de Maestro	83.25	249.75	SM-Preferred Health	130.00	390.00	GPR Plan de Retiro de Maestro	78.63	235.89
						FSED Disability Plan	15.73	47.19
						SM-Preferred Health	0.00	120.00
Total:	83.25	249.75	Total:	130.00	390.00	* Tributable		
TOTAL BRUTO			BRUTO TRIBUT. FED			DEDUCCIONES TOTALES		
Corriente:	925.00			0.00	64.16		213.25	647.59
Acumulado:	2,775.00			0.00	192.49		639.75	1,942.76
PTO HORAS			ACUM			DISTRIBUCION PAGA NETA		
Balance Inicial:	0.0					Aviso #3239821		647.59
+ Ganada:						Total:		647.59
+ Compra:								
- Usada:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:	0.0							

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Fecha
02/13/2009

Aviso No.
3239821

Cant. Deposito: \$647.59

A la
Cuenta(s) De

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
COAMO, PR 00769

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	072134828	\$647.59

Formulario 482 Rev. 11.08

FORMALARGA		<input type="radio"/> PLANILLA CONCHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie													
Liquidador	Revisor	2008	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2008 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2008 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2008	2008	<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año												
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M	Sello de Pago				
Nombre del Contribuyente		Initial	Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente										
JOSE		R	SANTIAGO MELENDEZ														
Dirección Postal		URB. VILLA MADRID		CALLE 4 Z-18		COAMO PR		Código Postal 00769									
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí"																	
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento			Sexo								
						Día Mes Año			<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F								
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18		COAMO PR		Código Postal 00769		Número de Seguro Social Cónyuge									
Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Día Mes Año		Teléfono Residencia		(787) 453-7056		Teléfono del Trabajo		Cambio de Dirección			Número de Recibo:				
<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No													Importe:				
Encasillado 1		SI NO		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:		CONTRATO GOBIERNO		ENCASILLADO 2		ENCASILLADO 3		ENCASILLADO 4		ENCASILLADO 5			
A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos?		B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año?		C. <input checked="" type="radio"/> Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?		D. <input checked="" type="radio"/> Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?		E. <input checked="" type="radio"/> Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)		F. <input checked="" type="radio"/> Obligación de hacer pagos a ASUME?		J. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado		K. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)		L. <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE	
FUENTE DE MAYOR INGRESO:		G. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas		H. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal		I. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada		Su ocupación Maestro de Escuela 6110		Ocupación cónyuge		M. <input type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES		N. <input type="radio"/> PLANILLA 2009		O. <input type="radio"/> PLANILLA 2008	
Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo CO Individuo.																	
Sello de Recibido		Estado Libre Asociado de Puerto Rico		DEPARTAMENTO DE HACIENDA		1166 Calle Comercio Coamo		RECIBIDO		APR 07 2009		SEN PAGO		08-2783		08-2783	
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas		A-Contribución Retenida		B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas		C-Sueldos del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)		D-Sueldos del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (02)		E-Sueldos del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (03)		F-Sueldos del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (04)		G-Sueldos del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (05)		H-Sueldos del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (06)	
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).		1,445 00		25,110 00		1,445 00		25,110 00		1,445 00		25,110 00		1,445 00		25,110 00	
Total de comprobantes con esta planilla .. 1		Contribución Retenida		Salarios Federales		1,445 00		25,110 00		1,445 00		25,110 00		1,445 00		25,110 00	
2. Otros Ingresos (o Pérdidas)		A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10)		B) Participación distribuible en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R)		C) Participación distribuible en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)		D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A)		E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B)		F) Participación distribuible en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo)		G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D)		H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo)	
I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo)		J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)		K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)		L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14)		M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)		N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)		O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo)		P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)		Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Someta Anejo D Individuo)	
R) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individuo)		S) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individuo)		T) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individuo)		U) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individuo)		V) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individuo)		W) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individuo)		X) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individuo)		Y) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individuo)		Z) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individuo)	

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
7. Sueldos - Wages 25110.26	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25110.26	
10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 364.10	
11. Total=7+8+9+10 25110.26	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1445.02	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1980.98		
15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		
16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00		

1. Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. XXXXXXXXXX JE
Apellido(s) - Surnames SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) XXXXXXXXXX JE
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150542 P RODRIGUE DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2008 Year:
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year	
Número de Control - Control Number 017555278	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 10.07

Formulario 482 Rev. 10-07																		Número de Serie																																																					
FORMA LARGA																		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)																																																					
Liquidador:						Revisor:						2007						ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA						2007																																															
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS																																																																							
AÑO CONTRIBUTIVO 2007 O AÑO COMENZADO EL																																																																							
1 de enero de 07 Y TERMINADO EL 31 de dic de 07																																																																							
R	G	R	O	V	I	V	P	1	P	2	N	D	1	D	2	E	A	M	<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____ / ____ / ____ Día Mes Año																																																				
Nombre del Contribuyente																		Sello de Pago																																																					
Jose						Santiago Melendez						Número de Seguro Social Contribuyente						 08-2785																																																					
Dirección Postal						Villa Madrid #18 Calle 4						Fecha de Nacimiento												Sexo																																															
Coamo P.R.						Código Postal 00769						Día Mes Año												M H F																																															
"coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".																								Número de Seguro Social Cónyuge																																															
Nombre e Inicial del Cónyuge																		Apellido Paterno																		Apellido Materno																		Fecha de Nacimiento del Cónyuge																	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)																																				Día Mes Año																		Teléfono Residencia																	
																																				()																		()																	
																																																						Teléfono del Trabajo																	
																																																						()																	
Correo Electrónico (E-Mail)																		Código Postal																		CAMBIO DE DIRECCION																		Número de Recibo: 07084																	
																																				<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO																		Importe: 7800																	

Encasillado 1	SI NO A. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? D. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? E. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) F. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input checked="" type="radio"/> Soltero 5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)	
	FUENTE DE MAYOR INGRESO: G. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas H. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal I. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada		J. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado K. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)	
	Su ocupación <input type="text"/>		Ocupación cónyuge <input type="text"/>	
			CONTRATO GOBIERNO <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE	
		PLANILLA 2008 <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS		

Sello de Recibo

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

00 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

01 Total de comprobantes con esta planilla .. 2

A-Contribución Retenida

1,181	00
308	00
	00
	00

Contribución Retenida

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

21,738	00
2,500	00
	00
	00

Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

24,238	00
--------	----

Salarios Federales

C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)	(01)	00	(02)	00
2. Otros Ingresos (o Pérdidas):				
A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10)	(03)			00
B) Participación distribuable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R)	(04)			00
C) Participación distribuable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)	(05)			00
D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A)	(06)			00
E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B)	(07)			00
F) Participación distribuable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo)	(08)			00
G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D)	(09)			00
H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo)	(10)			00
I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo)	(11)			00
J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)	(12)			00
K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)	(13)			00
L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____) (14)	(15)			00
M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)	(16)			00
N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)	(17)			00
O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo)	(18)			00
P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)	(19)			00
Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo)	(20)			00

nulario
n 499R-2/W-2 PR
06.07

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 50-100-101	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) 60-100-101	7. Sueldos - Wages 21737.50		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	9. Cenciones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21737.50	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2007 Year:	10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 315.19	
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year			11. Total=7+8+9+10 21737.50		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 45472726			12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
			13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1181.60		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
			14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1866.48			
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00				
		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00				

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal # Cheque: 02116181
Desde: 12/01/2005 Fecha: 11/28/2005
Hasta: 12/01/2005

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
COAMO PR 00769

Empleado: 8005021
Dept: 8005021-Ponce Coamo
Oficina: Rio Jueyes
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Sueldo: \$1,700.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Single Claiming no personal exem
Concesiones: 0
Pct. Adel.: 0
Cant. Adel.:

SS: 501-238-777

HORAS E INGRESOS

Descripcion	Sueldo	Corriente		Acumulado	
		Horas	Ingresos	Horas	Ingresos
Bono de Navidad			1,000.00		1,000.00
Pago de Salarios Regulares			0.00	1,206.00	16,825.00
Pago Retroactivo Regular			0.00		1,215.00
Total:			1,000.00	1,206.00	19,040.00

IMPUESTOS

Descripcion	Corriente	Acumulado
Fed MED/EE	14.50	276.08
PR Withholding	80.00	1,258.24
Total:	94.50	1,534.32

DEDUCCIONES

Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,623.67
Total:	0.00	1,623.67

DEDUCCIONES GENERALES

Descripcion	Corriente	Acumulado
Total:	0.00	0.00

BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS

Descripcion	Corriente	Acumulado
FSED Disability Plan	17.00	323.72
GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,533.44
SM-Plan Hospital Menonita	0.00	700.00

Total: 0.00 1,623.67

Total: 0.00 0.00

* Tributable

TOTAL BRUTO

Corriente: 1,000.00
Acumulado: 19,040.00

TOTAL IMPUESTOS

94.50
1,534.32

DEDUCCIONES TOTALES

0.00
1,623.67

PAGA NETA

905.50
15,882.01

PTO HORAS ACTUA

Balance Inicial: 0.0
+ Acumulado:
- Utilizado:
- Donada:
+ Ajustes:
Balance Final: 0.0

DISTRIBUCION PAGA NETA

Cheque #02116181 905.50
Total: 905.50

MENSAJE: " QUE EL PROXIMO A&O TE COLME DE PAZ, PROSPERIDAD Y VERDADERO PROGRESO A TI Y A TU FAMILIA . "

U.S. Pat. no. 6,085,407

17-90853-1

UNITED FORMS & GRAPHICS (781) 276-8648

Formulario 481 H-v. 05.04

Entreguez Completamente los Ovalos. Ejempl
PLANILLA CONCHEQUE (FAVOR DE FUJARCHEQUE)

FORMA CORTA						
Liquidador	R	M	V1	V2	P1	
Revisor	P2	N	D	E	A	G

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESO

AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL

1 de Enero de 2004 y terminado el 31 de Dic de 04

PLANILLA ENMIENDADA

FALLECIDO DURANTE EL AÑO

Sello de Pago

Número de Seguro Social

Número de Seguro Social Cónyuge

138025 S2323 P1 *****5-DIGIT 00769
SANTIAGO MELENDEZ, JOSE R C E
VILLA MADRID
Z18 CALLE 4
COAMO, PR 00769-2758

Sexo: ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento Contribuyente

Da Mes Año

Fecha de Nacimiento Cónyuge

Da Mes Año

Cambio de Dirección: ☐ SI ☒ No

Planilla 2005: ☒ Pasado ☐ Ingres

Número de Ciudadanía Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Urb. Villa Madrid
Calle # 4, Z-18
Coamo, P.R.

Teléfono Residencia

7 8 7 8 2 5 3 8 4 8

Teléfono Oficina

Código Postal 00769

Número de Ficha

06233

Importe

202.00

Cuentas Electrónicas (E-File)

Encasillado 1

SI NO

- ☒ ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- ☒ ☐ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- ☐ ☒ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- ☐ ☒ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- ☐ ☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución?
- ☐ ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- ☒ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
- ☐ Empleado del Gobierno Federal
- ☐ Empleado de Empresa Privada
- ☐ Retirado/Pensionado

Ocupación (Anotar el Código):

Contribuyente

Maestro

6110

Cónyuge

Sello de Recibido

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:

- ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
- ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)
- ☐ Jefe de familia (No para casados)
- ☒ Soltero

Encasillado 2

- Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

A-Contribución Retenida

1,249.
.212.

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

19,380.
3,520.

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 01

2

1,461

Contribución Retenida

2,290.0

Sueldos Federales

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, Línea 12)

Form 499R-2W-2 PR
Rev. 05.04

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 53-0000000	8. Sueldos - Wages 19,380.45	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00		
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00		
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 19,380.45		
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002158131 ESC URB NU DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 00-0000000	11. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 281.02		
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 19,380.45	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00		
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2004 Year: 2004				
Número de Control - Control Number 39190603					13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
					14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,249.03	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,654.31	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

08578486

Valida y original

VEA INSTRUCCIONES AL DORSO - SEE INSTRUCTIONS ON BACK
CUADRUPLICADO PARA QUIEN RECIBE EL PAGO - QUADRUPPLICATE FOR THE PAYEE'S RECORD

COMPUTER EXPERT GROUP

INSTRUCCIONES

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos:

- todo individuo soltero (o casado, pero que no viva con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto de más de \$3,300;
- todo individuo casado que viva con su cónyuge, que durante el año contributivo tuviere individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

PENALIDAD - El Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Cualquier persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla o declaración, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, en adición a otras penalidades provistas por el Código, será culpable de un delito menos grave y castigada con multa no mayor de \$500 o reclusión por un término no mayor de seis meses, o ambas penas, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos) con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, en adición a otras penalidades provistas por el Código, será culpable de un delito grave y castigada con multa no mayor de \$20,000 o reclusión por un término fijo de tres años. De mediar circunstancia agravantes, la pena establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco años. De mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un máximo de dos años, o ambas penas, a discreción del Tribunal, más las costas del proceso.

Todo individuo que reciba esta declaración, debe rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos - Forma Larga. Además, le recordamos que la cantidad retenida puede reclamarse como crédito contra la contribución a pagar.

INSTRUCTIONS

The income tax returns must be filed by:

- every individual single (or married, one who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income of more than \$3,300;
- every married individual who lives with his/her spouse, who during the taxable year had individually or jointly, a gross income of more than \$6,000.

PENALTY - The Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: Any person liable under any Subtitle of the Code to file a return or statement, who willfully fails to file such return or statement within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$500 or by imprisonment for a term of not more than six months, or both penalties plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return or statement (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations) with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a felony and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$20,000 or imprisonment for a fixed term of three years. If there were aggravating circumstances, the established penalty may be increased to a maximum of five years. If there were extenuating circumstances, it may be reduced to a maximum of two years, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution.

PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Réplica

24 de febrero de 2020

rafa.lucha@hotmail.com

José R. Santiago Meléndez

Urbanización Villa Madrid B-9 Calle #2

Coamo, Puerto Rico, 00769

Teléfono (787) 453-7056

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISION Y ADMINISTRACION
FINANCIERA PARA PUERTO RICO.

Como representante de:
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y Otros

PROMESA, Título III

Número 17 BK 3283-LTS

La presente radicación guarda relación con
el ELA y el SRE

Epígrafe

NOTIFICACION DE LA NONAGESIMA PRIERA OBJECION GLOBAL (NO SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y DEL SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO A RECLAMOS DEFICIENTES EN LOS QUE SE ALEGAN INTERESES SOBRE LA BASE DE LAS LEYES PUERTORRIQUEÑAS NO ESPECIFICADAS.

Número de reclamación: 157796

Mediante esta misiva solicito al **Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico**, que declare a lugar la objeción global en relación al reclamo por el pago de la **Ley #96 Sila M. Calderón**, ya que el mismo no fue adjudicado ni pagado por la Ley de Quiebras de Puerto Rico.

Trabajo para el Gobierno de Puerto Rico, Rico en la Agencia del Departamento de Educación desde el 2000 hasta el presente, sin recibir el pago por el aumento o incentivo del gobierno para ese entonces. Estimo que durante esos años se me adeuda la cantidad aproximada de \$ 19,200.

También deseo solicitar al tribunal que sea diligente y acepte mi objeción por estar fuera de la fecha indicada. El haber excedido la fecha límite se debe a las consecuencias de los temblores y sismos que han ocurrido en Puerto Rico; por tanto no se pudo enviar en o antes del 18 de febrero de 2020. Por consiguiente no estaba la información completa en su totalidad en la réplica. Se adjunta documentación justificativa para evidenciar la objeción. Tal documentación son mis planillas desde el año 2004 hasta el año 2019 o talonarios lo que así aplique, donde se demuestra que laboré para el Gobierno de Puerto Rico el cual nunca me otorgó el aumento que por ley me correspondía.

Cordialmente,

José R. Santiago Meléndez

**TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO**

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISIÓN Y ADMINISTRACIÓN
FINANCIERA PARA PUERTO RICO,

como representante de

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y
otros,

Deudores.

PROMESA,
Título III

Núm. 17 BK 3283-LTS

(Administrada conjuntamente)

**La presente radicación guarda
relación con el ELA y el SRE.**

**NOTIFICACIÓN DE LA NONAGÉSIMA PRIMERA OBJECCIÓN GLOBAL (NO
SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y DEL
SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE
ASOCIADO DE PUERTO RICO A RECLAMOS DEFICIENTES EN LOS QUE SE
ALEGAN INTERESES SOBRE LA BASE DE LAS LEYES PUERTORRIQUEÑAS NO
ESPECIFICADAS**

**SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO EN EL ANEXO A DE LA OBJECCIÓN GLOBAL, EL
ELA Y EL SRE SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE
LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.**

**SI SU RECLAMO ES MENCIONADO EN EL ANEXO A, DEBERÁ LEER
DETENIDAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN Y LA OBJECCIÓN GLOBAL Y
COMENTARLAS CON SU ABOGADO. SI NO TIENE ABOGADO, ES POSIBLE QUE
DESEE ACUDIR A UNO.**

OBSÉRVESE QUE el 24 de octubre de 2019, el Estado Libre Asociado de Puerto (el "ELA") y el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico ("SRE"), a través de la Junta de Supervisión y Administración Financiera para Puerto Rico (la "Junta de Supervisión"), como representante del ELA y del SRE conforme al artículo 315(b) de la Ley para la Supervisión, Administración y Estabilidad Económica de Puerto Rico ("PROMESA"),¹ radicaron la *Nonagésima objeción global (no sustantiva) del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y del Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto a los Reclamos deficientes en los que se alegan intereses sobre la base de las*

¹ PROMESA ha sido codificada en el Título 48 U.S.C., §§ 2101-2241.

leyes puertorriqueñas no especificadas (la "Objeción global") ante el Tribunal de Distrito de los Estados para el Distrito de Puerto Rico (el "Tribunal").²

SÍNTESIS

- **COMPRUEBE SI SU(S) RECLAMO(S) SE MENCIONA(N) EN EL ANEXO A DE LA OBJECIÓN GLOBAL.**
- **Si su(s) reclamo(s) NO se menciona(n) en el Anexo A, la Objeción global no afectará a su reclamo, por lo que NO tendrá que realizar ninguna acción.**
- Si su(s) reclamo(s) se menciona(n) en el Anexo A de la Objeción global, el ELA y el SRE solicitan que su(s) reclamo(s) que se mencione(n) en el Anexo A sea(n) rechazado(s) porque, como se explicó en la Objeción global que acompaña este documento, el expediente de los Deudores indican que su reclamo es deficiente. La Objeción global y el Anexo A de la objeción global proporcionan detalles adicionales sobre los reclamos deficientes en cuestión.
- Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>.
- **Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).**

SI NO CONTESTA CONFORME A LA PRESENTE NOTIFICACIÓN, EL TRIBUNAL PODRÁ CONCEDER EL REMEDIO SOLICITADO EN LA OBJECIÓN GLOBAL SIN OTRA NOTIFICACIÓN NI VISTA.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE CONFORME A LA REGLA LOCAL 3007-1

Cualquiera de las partes a la que se haya notificado la presente Objeción global, o cualquier otra parte de la acción que objete al remedio aquí solicitado, deberá radicar y enviar una réplica a la Objeción global a la secretaría del Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico antes de las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE. Si no se radica ninguna réplica en el plazo mencionado, se considerará que no se ha opuesto a la Objeción global, por lo que esta podrá ser declarada ha lugar, salvo que: 1) el remedio solicitado esté legalmente prohibido; 2) el remedio solicitado sea contrario al orden público; o 3) a criterio del Tribunal, el interés de la justicia exija otra cosa. Si radica una réplica en tiempo, el Tribunal podrá convocar una vista.

² Los términos en mayúscula utilizados que no estén definidos en el presente documento tendrán el significado que les haya sido atribuido en la Objeción global.

Información muy importante relativa a la elección, por parte de las Demandantes, para radicar una réplica

Quién tiene la obligación de radicar una réplica. Cualquiera de las partes que impugne la Objeción global tiene la obligación de radicar una respuesta de conformidad con los procedimientos aquí establecidos. Si la parte cuyo reclamo quede sujeto a la Objeción global no radica ni notifica una réplica de conformidad con los procedimientos aquí establecidos, el Tribunal podrá declarar ha lugar a la Objeción global en relación con tal reclamo sin más notificaciones a la demandante.

Quién NO tiene la obligación de radicar una réplica. Si usted no se opone al remedio solicitado en la Objeción global, no tendrá que radicar ninguna réplica por escrito a la Objeción global ni tendrá que comparecer en la vista sobre la Objeción global (según se explica abajo). Además, la Objeción global solo se aplica a los reclamos mencionados en el Anexo A relativo a la Objeción global, cuya copia está disponible en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si su reclamo no se menciona en el Anexo A de la Objeción global, no será necesario radicar ninguna réplica.

Fecha límite para radicar una réplica. Su réplica se considerará radicada dentro de los plazos establecidos solo si la radica ante el Tribunal y la notifica antes de las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE, o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

**La fecha límite para radicar y notificar una réplica se cumple a las
04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019.**

Vista sobre la Objeción global. Si se radica y notifica una réplica de manera adecuada conforme a la presente notificación, se celebrará una vista sobre la Objeción global y la réplica a las **09:30 a.m. (AST) del 11 de diciembre de 2019** ante su señoría, Laura Taylor Swain, en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico, 150 Carlos Chardón Street, Federal Building, San Juan, Puerto Rico 00918-1767. Si radica una réplica a la Objeción global, deberá hacer planes para comparecer en la vista sobre la Objeción global. Sin embargo, el ELA y el SRE se reservan el derecho, previa notificación con tres (3) días hábiles de antelación, a paralizar la vista sobre la Objeción global y la réplica.

Los Deudores podrán radicar una contestación a su réplica o contestación en un alegato oral durante la vista. Los Deudores podrán radicar su contestación en un plazo máximo de siete (7) días naturales antes de la celebración de la vista sobre la Objeción global y la réplica.

EL TRIBUNAL SOLO TENDRÁ EN CONSIDERACIÓN SU RÉPLICA SI ESTA SE RADICA y NOTIFICA ANTES DE LA FECHA LÍMITE PARA RESPONDER DE CONFORMIDAD CON LAS INSTRUCCIONES ESTABLECIDAS EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN.

Lo que hay que radicar con la réplica. Su réplica a la Objeción global deberá contener la siguiente información:

- (i) **Datos de contacto.** La réplica deberá contener el **nombre**, la **dirección**, el **número de teléfono** y la **dirección de correo electrónico** 1) de la demandante que responda; 2) del abogado o representante designado de la demandante al que los abogados del ELA del SRE deban notificar una respuesta a la réplica, en su caso; o 3) de la parte con potestad para reconciliar, llegar a un acuerdo o de otro modo resolver la Objeción global en nombre de la demandante.
- (ii) **Epígrafe.** La réplica deberá contener un epígrafe que incluya el nombre del Tribunal, los nombres de los Deudores, el número de procedimiento, el Título de la Objeción global con la que guarde relación la réplica, y el/los número(s) de las evidencias de reclamos relacionados de Prime Clerk (que se enumeran en el Anexo A de la Objeción global y están disponibles en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>).
- (iii) **Motivo(s) para oponerse a la Objeción global.** La réplica deberá explicar con concisión los motivos por los que el Tribunal no debe declarar ha lugar a la Objeción global a su reclamo, incluidos los fundamentos de hecho y de derecho que la demandante vaya a invocar al oponerse a la Objeción global.
- (iv) **Documentación justificativa.** Si ya no está incluida en la evidencia de reclamo, la contestación deberá contener una copia de cualquier otra documentación u otras evidencias relativas al reclamo que la demandante vaya a invocar al oponerse a la Objeción global; con la salvedad de que la demandante no tendrá que revelar en la contestación ninguna información confidencial o reservada o que esté protegida de cualquier otra forma; y también con la salvedad de que la demandante revelará al ELA y al SRE toda la información y proporcionará copias de la totalidad de los documentos que considere que son confidenciales o reservados o que estén protegidos de cualquier otra forma y que tenga la intención de invocar en apoyo de su reclamo, con sujeción a las restricciones de confidencialidad pertinentes.

Dónde y cómo radicar y notificar una réplica. Todas las réplicas deberán radicarse de forma electrónica ante el Tribunal con el nombre de expediente *En el asunto de: Estado Libre Asociado de Puerto Rico*, núm. de procedimiento 17 BK 3283-LTS. Hay dos métodos que puede utilizar para radicar su réplica:

1. **En línea.** Los usuarios inscritos en el sistema del Tribunal de radicación de causas deberán radicar su réplica de forma electrónica en un formato de documento que permita hacer búsquedas.
2. **Por correo postal.** Si usted no es un abogado que sea usuario inscrito en el sistema del Tribunal de radicación de causas, podrá radicar y notificar una réplica por correo postal dirigida a la Secretaría del Tribunal, a la Junta de Supervisión y al Comité de Acreedores a las siguientes direcciones:

Secretaría (*Clerk's Office*)
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
Room 150 Federal Building
San Juan (Puerto Rico) 00918-1767

Abogado de la Junta de Supervisión (*Counsel for the Oversight Board*)
Proskauer Rose LLP
Eleven Times Square
Nueva York, Nueva York 10036-8299
A/A: Martin J. Bienenstock
Brian S. Rosen

Abogado del Comité de Acreedores (*Counsel for the Creditors' Committee*)
Paul Hastings LLP
200 Park Avenue
Nueva York, Nueva York 10166
A/A: Luc A. Despins
James Bliss
James Worthington
G. Alexander Bongartz

SU RÉPLICA deberá enviarse para que se reciba por la Secretaría, la Junta de Supervisión y el Comité de Acreedores a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

Si no puede radicar y notificar una réplica en línea o por correo postal, según se especificó anteriormente, podrá radicar una réplica en persona en la siguiente dirección a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite:

Secretaría (*Clerk's Office*)
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
#150 Chardon Avenue
Federal Building
San Juan (Puerto Rico) 00918

Su réplica deberá incluir un certificado de notificación que indique la forma en la que se ha efectuado la notificación.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo radicar y notificar una réplica, incluidas preguntas sobre el sistema del tribunal de radicación de causas, comuníquese con **Prime Clerk** llamando al **número directo (844) 822-9231**.

Reserva de derechos. NINGUNA DISPOSICIÓN CONTENIDA EN LA OBJECCIÓN GLOBAL O EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN SE CONSIDERA NI CONSIDERARÁ QUE

CONSTITUYE UNA RENUNCIA A CUALESQUIERA DERECHOS DEL ELA O DEL SRE, O DE CUALQUIER OTRA PARTE INTERESADA EN LAS CAUSAS RADICADAS CONFORME AL TÍTULO III, A IMPUGNAR CUALESQUIERA RECLAMOS; A HACER VALER CONTRARECLAMOS, DERECHOS A COMPENSACIÓN O RECUPERACIÓN, O CONTESTACIONES; A OBJETAR A RECLAMOS (O A OTROS RECLAMOS O CAUSAS RADICADAS DE UNA DEMANDANTE) ADUCIENDO CUALQUIER MOTIVO QUE NO SE HAYA ALEGADO PREVIAMENTE EN UNA OBJECCIÓN, SALVO QUE EL TRIBUNAL HAYA DECLARADO HA LUGAR A UN RECLAMO U ORDENADO OTRA COSA; O A SOLICITAR QUE SE DECLARE HA LUGAR CUALQUIER RECLAMO EN EL FUTURO. A SU DEBIDO TIEMPO, LAS PARTES AFECTADAS RECIBIRÁN LA NOTIFICACIÓN PERTINENTE DE TODO ELLO.

Recursos adicionales y con quién comunicarse en el caso de que tenga que formular preguntas

Todos los documentos enviados en el marco de las causas radicadas conforme al Título III, incluidas copias de los reclamos radicados utilizando CM/ECF, se encuentran disponibles en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. El mantenimiento de dicho sitio web lo realiza Prime Clerk; el sitio web incluye una base de datos que permite efectuar búsquedas y que ayuda a localizar documentos.

Para obtener información adicional sobre la Objeción global, el estado de su réplica, su reclamo o la presente notificación, comuníquese con Prime Clerk llamando a su número directo (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o al (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponibles entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español). También podrá enviar consultas a la siguiente dirección de correo electrónico: puertoricoinfo@primeclerk.com.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Escuela Purificación Rodríguez Torres

Distrito Escolar de Santa Isabel – Municipio de Coamo

Oficina del Director
Dr. Angel Santiago Rivera

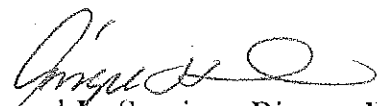
4 de marzo de 2020

A Quien Pueda Interesar:

Por la presente certifico, que el Sr. José R. Santiago Meléndez trabaja en la Escuela Purificación Rodríguez Torres, Distrito Escolar de Coamo en calidad de Maestro. Dicho empleado comenzó a trabajar en nuestra escuela en septiembre de 2000 hasta el presente año.

Cualquier duda al respecto, favor comunicarse al teléfono 787-825-1684.

Cordialmente,

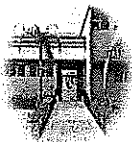

Angel L. Santiago Rivera, Ed.D
Director Escolar



P.O. Box 2438 - Coamo, Puerto Rico 00769 - Tel. 787-825-1684 - d50542@de.pr.gov

El éxito comienza con la voluntad. Y la voluntad se alcanza con la perseverancia. Voluntad, Perseverancia, Éxito

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión o acecho.



Periodo de Conservación: Diez (10) años



COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE
HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
INFORMATIONINFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY INFORMATION

222

1. Nombre - First Name JOSE R		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 581-34-2607		7. Sueldos - Wages 27,467		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
Apellido(s) - Last Name(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 680-43-0161		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR 00769-0000		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 27,467	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: 28-01-1973		6. Donativos Charitable Contributions 0		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 398	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION ESQUINA CALAF San Juan PR 00919		Patrono: - Employer: Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for: A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017 B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services C- <input type="checkbox"/> Otros / Others:		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 27,467		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 835		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number F0717193216				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,397			
Número Control - Control Number 180048817				15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS 0			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		Año: 2018 Year:		Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 16. 0 16A. 0 16B. 0 16C. Adiciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0			

x	W2
	W2C

Planilla Radicada Electrónicamente

FORMA ÚNICA		2017	GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2017	Número de Serie							
Liquidador		Revisor										
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2017 O AÑO COMENZADO EL		1 de enero de 2017 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2017		<input type="checkbox"/> PLANILLA EN MENUDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día Mes Año <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: Día Mes Año)								
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M
Nombre del Contribuyente		Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente				
JOSE		R		SANTIAGO		MELENDEZ		5000-12345				
Dirección Postal		Urb VILLA MADRID		Z18 Calle 4		Coamo PR		00769				
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento		Sexo		Sello de Recibo		
MARTA		RIVERA		ESPADA		05/04/2018		03:50:02 PM				
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		Urb VILLA MADRID		Z18 Calle 4		Coamo PR		Código Postal 00769		Fecha de Nacimiento del Cónyuge: 05/04/2018 Teléfono Residencia: (787) 453-7056 Teléfono del Trabajo:		
Correo Electrónico (E-Mail): maria.lucha@hotmail.com		CÁMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge						
Cuestionario A. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día Mes Año) 2. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día Mes Año) 3. <input type="checkbox"/> No residente durante todo el año C. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "Si", indique la cantidad): 1. <input type="checkbox"/> Atribuible al contribuyente \$ 2. <input type="checkbox"/> Atribuible al cónyuge \$ D. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día Mes Año) H. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Medico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="checkbox"/> Contribuyente (Núm. decreto) 2. <input type="checkbox"/> Cónyuge (Núm. decreto)		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) <input type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)										
		Ocupación del contribuyente: Maestro de Escuela 6110 Ocupación del cónyuge: AMA DE CASA 8110										
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.												
Reintegro 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) (01) 704 00 A) Acreditar a la contribución estimada 2018 (02) 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03) 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 704 00												
Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00 (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalidades (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10) 00												
Depósito Tipo de cuenta: <input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 021502011 Número de su cuenta: 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)												
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, y declaro que es correcta y verdadera, y que la misma es una copia exacta y completa de la declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.												
Firma del Contribuyente				Fecha				Firma del Cónyuge				Fecha
FIRMADA ELECTRONICAMENTE				05/04/2018				FIRMADA ELECTRONICAMENTE				05/04/2018
LUIS A TORRES				TORRES ASSOCIATES								
Firma del Especialista				Fecha				Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)				Número de Registro
FIRMADA ELECTRONICAMENTE				05/04/2018								19571
NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contestó "NO" debe firmar y sellar el formulario de la siguiente manera:												

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 000-155-41-1000		7. Sueldos - Wages 26,320.87		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Apellido(s) - Last Name(s) R SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 000-155-41-1000		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C 4 COAMO PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26,320.87	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: Día Mes Año 1980		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 26,320.87		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 381.65	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR ESQUINA CALAF HATO REY PR 00919		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records Año: 2017		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 749.90		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 773-3508				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,309.51		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año 1980				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S170008				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0.00			
Número Control - Control Number 006975289				16. Código/Code 0.00			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				16A. Código/Code 0.00			
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- sea casado que viva con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
- is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2c/W-2cPR.

FORMA ÚNICA		2016	DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2016	Número de Serie
Liquidador: _____ Revisor: _____		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS			
R G RO VI V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		AÑO CONTRIBUTIVO 2016 O AÑO COMENZADO EL			
Nombre del Contribuyente: JOSE Inicial: R Apellido Paterno: SANTIAGO Apellido Materno: MELENDEZ		Número de Seguro Social Contribuyente: 5000000000			
Dirección Postal: Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR		Fecha de Nacimiento: 30/12/1972 Sexo: M			
Código Postal: 00769		Número de Seguro Social Cónyuge: _____			
Nombre e Inicial del Cónyuge: MARTA Apellido Paterno: RIVERA Apellido Materno: ESPADA		Fecha de nacimiento del Cónyuge: 12/12/1972 Sexo: F			
Dirección Residencial Conjunta (Barrio o Urbanización, Número, Calle): Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR		Teléfono Residencia: (787) 453-7056			
Código Postal: 00769		Teléfono del Trabajo: _____			
Correo Electrónico (E-Mail): rafa.lucha@hotmail.com		CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			
		SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			
Cuestionario A. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. Fecha de mudanza a P.R. (_____) 2. Fecha de mudanza fuera de P.R. (_____) No residente durante todo el año C. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Generó ingresos fuera del periodo de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "Si", indique la cantidad): Atribuible al contribuyente \$ _____ Atribuible al cónyuge \$ _____ D. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? Si, someta Anejo IE (Individuo) E. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? Fecha en que cesó en el servicio: _____ Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: AMA DE CASA 8110		FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro _____ ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input checked="" type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge			
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) (01) 1,294 00 A) Acreditar la contribución estimada 2017 (02) 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03) 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 1,294 00					
Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00 (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalidades (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10) 00					
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO					
Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheque <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 021502011 Número de su cuenta: 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA (Nombre completo en letra de molde según aparezca en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)					
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente: FIRMADA ELECTRONICAMENTE		Fecha: 08/04/2017		Firma del Cónyuge: FIRMADA ELECTRONICAMENTE	
Nombre del Especialista (Letra de Molde): Luis Torres		Nombre de la Firma o Negocio: Torres Associates		Fecha: 08/04/2017	
Firma del Especialista: FIRMADA ELECTRONICAMENTE		Fecha: 08/04/2017		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="radio"/> Número de Registro: 19571	

222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE R		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 501-72-0097 JE		7. Sueldos - Wages 26,325		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6601000000 JE		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR 00769-0000		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0		10. Propinas - Tips 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26,325	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: 25-07-1978 JE		6. Donativos Charitable Contributions 0		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 26,325		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 381	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION ESQUINA CALAF San Juan PR 00919		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to: Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 749		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,315		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S160021				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 16. 0			
Número Control - Control Number 006251806				Código/Code 16A. 0			
		Año: Year: 2016		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				0		0	

☒ W2
☐ W2C

Planilla Radicada Electrónicamente

FORMA ÚNICA		2015		ESTADOLIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2015		Número de Serie			
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2015 Y AÑO COMENZADO EL							
R	G	RO	VI	V	F	N	D	D	E	A	M
1 de enero de 2015 Y TERMINA EL 31 de diciembre de 2015											
Nombre del Contribuyente				Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente	
JOSE				R		SANTIAGO		MELENDEZ		804-87-2052	
Dirección Postal				Fecha de Nacimiento		Sexo		CÓNYUGE SUPERSTITE DE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: Día Mes Año)			
Urb VILLA MADRID				09/04/1973		M		Día Mes Año			
Z18 Calle 4				Día Mes Año		F		Sello de Recibo			
Coamo PR				Número de Seguro Social Cónyuge				09/04/2016			
Código Postal				Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo		11:13:00 AM			
00769				Día Mes Año		M					
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno					
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)				Teléfono Residencia		Teléfono del Trabajo					
BO. LOS LLANOS				(787) 453-7056							
SECTOR CARIBE 596											
Coamo PR				Código Postal		00769					
Correo Electrónico (E-Mail)				CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		SUSCITO PRORROGA: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No					
rafa.lucha@hotmail.com											
Questionario A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="radio"/> Fecha de mudanza a P.R. _____ 2. <input type="radio"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. _____ 3. <input type="radio"/> No residente durante todo el año C. <input type="radio"/> Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): 1. <input type="radio"/> Atribuible al contribuyente \$ _____ 2. <input type="radio"/> Atribuible al cónyuge \$ _____ D. <input type="radio"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo 1E Individuo) E. <input type="radio"/> Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="radio"/> Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="radio"/> Militar activo en zona de combate? (Fecha en que cesó en el servicio: _____) Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge _____ CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge											
Reintegro 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 27. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 1,383 00 A) Acreditar a la contribución estimada 2016 02 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan 03 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico 04 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 05 1,383 00											
Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 27) 06 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado 07 00 (b) Intereses 08 00 (c) Recargos y Penalizaciones 09 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) 10 00											
Depósito AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 021502011 Número de su cuenta: 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)											
Declaro bajo pena de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.											
Firma del Contribuyente				Fecha		Firma del Cónyuge		Fecha			
✓ FIRMADA ELECTRONICAMENTE				09/04/2016		✓					
Firma del Especialista				Fecha		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)		Número de Registro			
✓ FIRMADA ELECTRONICAMENTE				09/04/2016		19571					
NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.											

Formulario Form 499R-2/W-2 PR Rev. 08.15		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 581-37-2597		7. Sueldos - Wages 26371.03		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660403401		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26371.03	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 382.38	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		11. Total=7+8+9+10 26371.03		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S150008				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 752.72		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 004903672		Año: Year: 2015		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2319.39			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
				16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00			
				16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code			
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

FORMA ÚNICA		2014		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2014		Número de Serie				
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2014 O AÑO COMENZADO EL								
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M
1 de enero de 2014 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2014												
Nombre del Contribuyente				Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente		
JOSE				R		SANTIAGO		MELENDEZ		[Redacted]		
Dirección Postal				Fecha de Nacimiento		Sexo		Número de Seguro Social Cónyuge		Sello de Recibo		
Urb VILLA MADRID				[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		
Z18 Calle 4				Mes		Año		[Redacted]		[Redacted]		
Coamo PR				Código Postal		00769		[Redacted]		[Redacted]		
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo		
[Redacted]				[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		
Dirección Residencial Cónyuge (Barrio o Urbanización, Número, Calle)				Teléfono Residencia		Teléfono del Trabajo		CÁMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		
BO. LOS LLANOS				(787) 453-7056		[Redacted]		PLANILLA 2015: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS		[Redacted]		
SECTOR CARIBE 596				Código Postal		00769		[Redacted]		[Redacted]		
Coamo PR				Código Postal		00769		[Redacted]		[Redacted]		
Correo Electrónico (E-Mail)				Cafu.lucha@hotmail.com		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		
¿UTILIZÓ PROGRAMA PRIVADO PARA LLENAR LA PLANILLA? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		
<p>Cuestionario</p> <p>SI NO</p> <p>A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos?</p> <p>B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año?</p> <p>C. <input type="radio"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución?</p> <p>D. <input type="radio"/> Individuo residente inversionista?</p> <p>E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:</p> <p>1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas</p> <p>2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal</p> <p>3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada</p> <p>4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado</p> <p>5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)</p> <p>6. <input type="radio"/> Otro</p> <p>F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:</p> <p>1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo C Individuo)</p> <p>2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es Casado con capitulaciones de total separación de bienes Casado que no vivía con su cónyuge)</p> <p>3. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)</p> <p>Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge [Redacted]</p> <p>CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input checked="" type="radio"/> Cónyuge</p>												
<p>Reintegro</p> <p>PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.</p> <p>1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribuido en las líneas A, B, C y D)</p> <p>A) Acreditar la contribución estimada 2015 (01) 819 00</p> <p>B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) 00</p> <p>C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 00</p> <p>D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 819 00</p> <p>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 28) (05) 00</p> <p>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) 00</p> <p>(b) Intereses (07) 00</p> <p>(c) Recargos y Penalidades (08) 00</p> <p>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (09) 00</p>												
<p>Pago</p> <p>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 28) (06) 00</p> <p>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00</p> <p>(b) Intereses (08) 00</p> <p>(c) Recargos y Penalidades (09) 00</p> <p>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 00</p>												
<p>Depósito</p> <p>AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO</p> <p>Tipo de cuenta <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros</p> <p>Número de ruta/tránsito 0 2 1 5 0 2 0 1 1</p> <p>Número de su cuenta 0 7 2 1 3 4 8 2 8</p> <p>Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y [Redacted]</p> <p>(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)</p>												
<p>Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.</p> <p>Firma del Contribuyente [Redacted] Fecha 30/03/2015</p> <p>Firma del Cónyuge [Redacted] Fecha [Redacted]</p> <p>Nombre del Especialista (Letra de Molde) Luis A Torres Nombre de la Firma o Negocio Torres Associates</p> <p>Firma del Especialista [Redacted] Fecha 30/03/2015 Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="radio"/> Número de Registro 19571</p>												
<p>NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.</p>												

Liquidador		Revisor		2013		2013		Número de Serie	
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS									
AÑO CONTRIBUTIVO 2013 O AÑO COMENZADO EL									
1 de enero de 2013 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2013									
Nombre del Contribuyente		Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente	
JOSE		R		SANTIAGO		MELENDEZ			
Dirección Postal		VILLA MADRID		CALLE 4 Z 18		Coamo PR		Código Postal 00769	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí"									
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo	
								M F	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		BO. LOS LLANOS		SECTOR CARIBE 596		Coamo PR		Código Postal 00769	
Correo Electrónico (E-Mail)		rafa.lucha@hotmail.com		Cambio de Dirección:		SI NO		PLANILLA 2014: ESPAÑOL INGLÉS	

Cuestionario		PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIRMAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)	
<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>A. ¿Ciudadano de Estados Unidos?</p> <p>B. ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?</p> <p>C. ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)</p> <p>D. ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)</p> <p>E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:</p> <p>1. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas</p> <p>2. Empleado del Gobierno Federal</p> <p>3. Empleado de Empresa Privada</p> <p>4. Retirado/Pensionado</p> <p>5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)</p> <p>6. Otro</p>		<p>F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:</p> <p><input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)</p> <p><input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es:</p> <p><input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes</p> <p><input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge)</p> <p><input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)</p>	
Su ocupación		Maestro de Escuela 6110	
Ocupación cónyuge			

PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.	
Reintegro	<p>1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01</p> <p>A) Acreditar a la contribución estimada 2014 (01) 847 00</p> <p>B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) 00</p> <p>C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 00</p> <p>D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 847 00</p>
Pago	<p>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 28) (05) 00</p> <p>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) 00</p> <p>(b) Intereses (07) 00</p> <p>(c) Recargos y Penalidades (08) 00</p> <p>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (09) 00</p>

AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO	
Tipo de cuenta	Número de ruta/tránsito
<input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros	0 2 1 5 0 2 0 1 1
Número de su cuenta	0 7 2 1 3 4 8 2 8
Cuenta a nombre de:	JOSE SANTIAGO MELENDEZ
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)	

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.	
Firma del Contribuyente	Fecha
FIRMA ELECTRONICAMENTE	07/04/2014
Nombre del Especialista (Letra de Molde)	Nombre de la Firma o Negocio
Luis Torres	Torres Associates
Firma del Especialista	Fecha
FIRMA ELECTRONICAMENTE	07/04/2014
Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)	Número de Registro
<input checked="" type="radio"/>	19571

Formulario Form 499R-2W-2 PR Rev. 08/13		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. SE		7. Sueldos - Wages 36206.09	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) SE		8. Comisiones - Commissions 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		10. Propinas - Tips 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 36206.09
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		11. Total=7+8+9+10 36206.09	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 524.99
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year		6B. Donativos Charitable Contributions 0.00		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number C400001		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2013 Year:		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1483.14	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
Número Control - Control Number 004469046				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2804.55	23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
				16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00	
				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

FORMA LARGA														
Liquidador										Revisor				
2012 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2012														
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2012 O AÑO COMENZADO EL														
1 de enero de 2012 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2012														
PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)														
PLANILLA ENMENDADA														
FALLECIDO DUEÑTE EL AÑO: Dia Mes Año														
CONTRIBUYENTE CONYUGE														
Número de Seguro Social Contribuyente														
Fecha de Nacimiento Sexo														
Número de Seguro Social Cónyuge														
Fecha de Nacimiento del Cónyuge Sexo														
Teléfono Residencia														
Teléfono del Trabajo														
Cambio de Dirección: Si No														
PLANILLA 2013: ESPAÑOL INGLÉS														

Nombre del Contribuyente														
JOSE														
Dirección Postal														
VILLA MADRID														
B9 Calle 2														
Coamo PR														
Código Postal 00769														
"Coloque la etiqueta enigmada (Label) aquí"														
Nombre e Inicial del Cónyuge														
Apellido Paterno														
Apellido Materno														
MELENDEZ														
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)														
BO. LOS LLANOS														
SECTOR CARIBE 596														
Coamo PR														
Código Postal 00769														
Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@hotmail.com														

Cuestionario	SI NO	
	A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos?	
	B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año?	
	C. <input checked="" type="radio"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)	
	D. <input checked="" type="radio"/> Individuo inversionista residente? (Someta Anejo F1 Individuo)	
E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:		
1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas		
2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal		
3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada		
4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado		
5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)		
6. <input type="radio"/> Otro		
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge		
F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:		
1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)		
2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e Indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge)		
3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)		
CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge		

Reintegro	PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.									
	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 27. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) (01) 836									
	A) Acreditar a la contribución estimada 2013 (02)									
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03)									
Pago	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04)									
	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 836									
	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 27) (06)									
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00									
Depósito	(b) Intereses (08) 00									
	(c) Recargos y Penalidades (09)									
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10)									
	AUTORIZACION PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO									
Tipo de cuenta <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros										
Número de ruta/tránsito 021502011										
Número de su cuenta 072134828										
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y										
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)										

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que preparó la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.									
Firma del Contribuyente					Fecha				
<input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE					10/04/2013				
Nombre del Especialista (Letra de Molde)					Nombre de la Firma o Negocio				
Luis A. Torres					Torres Associates				
Firma del Especialista					Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE					Número de Registro 19571				
Fecha 10/04/2013									

Formulario Form 499R-2/W-2 PR Rev. 09.12		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 608-22-497 SE	7. Sueldos - Wages 25919.20	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00		
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 608-22-497 SE	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00		
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25919.20		
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8013750542 PURIFICACION DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 375.83		
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	11. Total=7+8+9+10 25919.20	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00		
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year	6B. Donativos Charitable Contributions 0.00	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00		
Número Control - Control Number 125527664	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2012 Year:	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 798.81	23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00		
		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2242.73			
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
		16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00			
		16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

FORMA CORTA															<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)															Número de Serie 1854461																																												
Liquidador					Revisor					2011 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2011 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2011 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2011 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2011															<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día Mes Año <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE Sello de Recibido 14-03-2012 12:09:37 PM																																																	
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M	Nombre del Contribuyente JOSE					Inicial R					Apellido Paterno SANTIAGO					Apellido Materno MELENDEZ					Número de Seguro Social Contribuyente 584 27 0007																																									
Dirección Postal VILLA MADRID B9 Calle 2															Fecha de Nacimiento 20-01-1972					Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F																																																						
Coamo PR Código Postal 00769-0000															Día Mes Año					Número de Seguro Social Conyuge																																																						
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".															Fecha de Nacimiento del Conyuge					Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F																																																						
Nombre e Inicial del Conyuge															Día Mes Año					Teléfono Residencia 7874537056																																																						
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) BO. LOS LLANOS SECTOR CARIBE 596															Teléfono del Trabajo																																																											
Coamo PR Código Postal 00769-0000																																																																										
Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@hotmail.com															CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No					PLANILLA 2012: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES																																																						
Cuestionario SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación conyuge															E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si es casado con capitulaciones de total separación de bienes e indique nombre y seguro social del conyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del conyuge arriba)																																																											
Reintegro 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C) (01) 900 00 A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) 0 00 B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 0 00 C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 900 00															PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.																																																											
Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) (05) 0 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) 0 00 (b) Intereses (07) 0 00 (c) Recargos 0 y Penalidades 0 (08) 0 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 0 00															Depósito Tipo de cuenta <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 021502011 Número de su cuenta 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del conyuge)																																																											
Declaro bajo penalidad de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.																																																																										
Firma del Contribuyente															Fecha															Firma del Conyuge															Fecha																													
<input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente (04) Nombre del Especialista (Letra de Molde) Luis A. Torres															14-03-2012															<input checked="" type="checkbox"/>															Nombre de la Firma o Negocio Luis A. Torres																													
Número de Registro 19571															Número de Identificación Patronal 660-72-6396															Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="radio"/>															Firma del Especialista Firmada Electrónicamente															Fecha 14-03-2012														

Formulario Form 499R-2M-2005 Rev. 10.11		GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name JOSE R		3. Num. Seguro Social Social Security No. 116459114		7. Sueldos - Wages 25,510		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Num. de Identificación Employer Ident. No. (EIN) 000000000		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social/Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR 00769-0000		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension 0		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 0	
2. Nombre 1 Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION CAESAR GONZALEZ San Juan PR 00919-0000		6. Costo de Renta o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare y Retenida Medicare Tax Withheld 25,510	
Número de teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 0		6A. Costo de la póliza de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 25,510		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 369	
Fecha Cesce de Operaciones: Cease of operations Date: 0		6B. Donativos Charitable Contributions 0		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Número Control - Control Number 116459114		Copia B para Planillas del Empleado Copy B for Employees Tax Return Año: 2011		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 867		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Instrucciones al dorso - Instructions on back				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,205		Federal: <input type="checkbox"/>	
Conservar. Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas. Retain for ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.				15. Aportaciones a Planes Qualific. Contributions to CODA PLANS 0			
				16. Salarios bajo Ley Num. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0			
				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your money Program 0			
				Pensión: <input type="checkbox"/>			

Formulario Fom 499R-2M-200 Rev. 10.11		GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name JOSE R		3. Num. Seguro Social Social Security No. 116503329		7. Sueldos - Wages 3,599		17. Total Sueldos y Seguro Social Social Security Wages 0	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Num. de Identificación Patronal Employer Ident. No. (EIN) DEPT EDUCACION		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social/Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR 00769-0000		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension 0		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 0	
2. Nombre 1 Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address CESAR GONZALEZ San Juan PR 00919-0000		6. Costo de Retención o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare y Retenida Medicare Tax Withheld 0	
Número de teléfono del Empleado Employee's Telephone Number 116503329		6A. Costo de la póliza de salud auspiciada por el empleador - Cost of employer-sponsored health coverage 0		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 3,599		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Fecha Cese de las Retenciones: Cease of withholdings Date: 116503329		6B. Donativos Charitable Contributions 0		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Número Control - Control Number 116503329		Copia B para Planillas del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2011		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 287		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Instrucciones al dorso - Instructions on back				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 323			
				15. Aportaciones a Planes Qualific. Contributions to CODA PLANS 0			
				16. Salarios bajo Ley Num. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0			
				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0			
				Pensión: <input type="checkbox"/>		Federal: <input type="checkbox"/>	

Número confirmación: 03242011083277BC161669016 Período de Conservación: Diez (10) años

Formulario Form 4993-M 2PR GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY CC MPH 3E ANT E JE E E ENCIO - V I I H H L JIN/ STA E MEN				INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA			
1. Nombre - First Name JOSE R		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 23,566		7. Sueldos - Wages 23,566		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 23-566		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR 00706		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 23,566	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPARTAMENTO DE EDUCACION HA TO REY PR		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 341	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia B para Planillas del Empleado		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 23,566		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:		Copy B for Employee's Tax Return Año: 2010 Year:		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 1,138		22. Seguro Social Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Número Control - Control Number 107609294				13. Cort. Ret. Imp. Inel. Tax Withheld 2,030		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 Instrucciones al dorso de Copia D - Instructions on back of Copy D				14. Fondo de Retiro - Retirement Fund 2,030		24. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 0	

Pensión: ☐ Federal: ☐

Planilla Radicada Electrónicamente

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769 SS: XXXXXXXXXX	# Empleado: XXXXXXXXXX Dept: 8005021-Ponce Coamo Lugar: Purificacion Rodriguez Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$1,850.00 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Single Claiming no personal exem Concesiones: 0 Pct. Adcl.: 0 Cant. Adcl.:
---	--	---

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
		Corriente			Acumulado			
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			925.00	180.00	2,775.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	13.41	40.24
						PR Withholding	50.75	152.25
Total:			925.00	180.00	2,775.00	Total:		64.16 192.49
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	83.25	249.75	SM-Preferred Health	130.00	390.00	GPR Plan de Retiro de Maestro	78.63	235.89
						FSED Disability Plan	15.73	47.19
						SM-Preferred Health	0.00	120.00
Total:		83.25 249.75	Total:		130.00 390.00	* Tributable		
TOTAL BRUTO			BRUTO TRIBUT. FED.			DEDUCCIONES TOTALES		
Corriente:	925.00		0.00		64.16	213.25		647.59
Acumulado:	2,775.00		0.00		192.49	639.75		1,942.76
PTO HORAS ACUM.		DISTRIBUCION PAGA NETA						
Balance Inicial:	0.0	Aviso #3239821						
+ Ganada:								
+ Compra:								
- Usada:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:	0.0	Total:						

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Fecha
02/13/2009

Aviso No.
3239821

Cant. Deposito: \$647.59

A la
Cuenta(s) De

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
COAMO, PR 00769

Localizacion: Purificacion Rodriguez

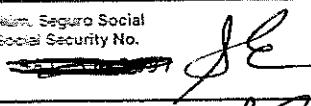
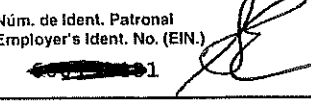
DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	072134828	\$647.59
Total:		\$647.59

NO-NEGOCIABLE

Periodo de Conservación: Diez (10) años

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURYINFORMACION PARA EL
DEPARTAMENTO DE
HACIENDA
DEPARTMENT OF THE
TREASURY INFORMATIONINFORMACION PARA EL
SEGURO SOCIALSOCIAL SECURITY
INFORMATION

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 		7. Sueldos - Wages 25110.26		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) 		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25110.26	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150542 P RODRIGUE DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 364.10	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2008 Year:		11. Total=7+8+9+10 25110.26		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 017555278				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1445.02		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
				14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1980.98			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario
m 499R-2/W-2 PR
v. 06/07

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name JOSE			3. Núm. Seguro Social Social Security No. 60-1234567 <i>JE</i>			INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ			4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 60-1234567 <i>JE</i>			7. Sueldos - Wages 21737.50		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769			5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year			8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919			6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00			9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21737.50	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number			Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2007 Year:			10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 315.19	
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year						11. Total=7+8+9+10 21737.50		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 45472726						12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
						13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1181.60		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
						14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1866.48			
						15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
						16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

FORMA LARGA

Liquidador

Revisor

R

G

RO

V1

V2

P1

P2

N

D

E

A

M

2006

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE HACIENDA

2006

PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS

AÑO CONTRIBUTIVO 2006 O AÑO COMENZADO EL

1 de enero de 06 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 06

PLANILLA CONCHEQUE (FAVOR DE HACER QUE EN ESTE LUGAR)

PLANILLA ENMENDADA

FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Dia / Mes Año

Sello de Pago

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE HACIENDA

1165 - Contribución Urbana

PAGADO

13 ABR. 2007

05-2786

05-2786

SECRETARIA DE HACIENDA

Número de Recibo: 09011

Importe: 83.00

Nombre del Contribuyente

Jose R.

Apellido Paterno

Santiago Meléndez

Apellido Materno

Dirección Postal

Villa Madrid 2-18 Calle #4

Coamo, P.R.

Código Postal

00769

"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".

Nombre e Inicial del Cónyuge

Apellido Paterno

Apellido Materno

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Código Postal

Correo Electrónico (E-Mail)

Número de Seguro Social Contribuyente

Fecha de Nacimiento

Sexo

Número de Seguro Social Cónyuge

Fecha de Nacimiento del Cónyuge

Teléfono Residencia

Teléfono del Trabajo

CAMBIO DE DIRECCION

SI

NO

Encasillado 1

SI NO

A. Ciudadano de Estados Unidos?

B. Residente de Puerto Rico al finalizar el año?

C. Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?

D. Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?

E. Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)

F. Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

G. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas

H. Empleado del Gobierno Federal

I. Empleado de Empresa Privada

Su ocupación Maestro

6110

Ocupación cónyuge

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta

2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)

3. Jefe de familia (No para casados)

4. Soltero

5. Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)

J. Retirado/Pensionado

K. Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)

CONTRATO GOBIERNO

CONTRIBUYENTE

CONYUGE

PLANILLA 2007

ESPAÑOL

INGLES

Sello de Recibido

166 - Coamo

RECIBIDO

13 ABR. 2007

CON PAGO

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION

(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

01 Total de comprobantes con esta planilla .. 2

A-Contribución Retenida

1,444

00

00

00

00

Contribución Retenida

1,444

00

00

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

21,550

00

00

00

00

Salarios Federales

4,390

00

25,940

00

25,940

00

Encasillado 2

C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)

2. Otros Ingresos (o Pérdidas):

A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10)

B) Participación distribible en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R)

C) Participación distribible en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)

D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, líneas 1A a la 1C, según aplique)

E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3D)

F) Participación distribible en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo)

G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1E)

H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo)

I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo)

J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)

K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)

L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14)

M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)

N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)

O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo)

P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)

Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo)

R) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1)

3. Total Ingreso Bruto (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2R)

4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (seg. soc. del que la recibe:) (23) (Núm. sentencia) (24)

5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4)

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

Periodo de Conservación: Diez (10) años

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 123456789		7. Sueldos - Wages 21550.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 123456789		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21550.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150609 RIO JUEYES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 312.48	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2006 Year:		11. Total=7+8+9+10 21550.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 22987629				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1444.78		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
				14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1849.53			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

000000113

14. Otros Pagos - Other Payments

0.00

0.00

VEA INSTRUCCIONES AL DORSO - SEE INSTRUCTIONS ON BACK

CUADRUPLICADO PARA QUIEN RECIBE EL PAGO - QUADRUPLICATE FOR THE PAYEE'S RECORD

Reproducido por CEG

INSTRUCCIONES

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos:

- * todo individuo soltero (o casado, pero que no vivía con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto de más de \$3,300;
- * todo individuo casado que vivía con su cónyuge, que durante el año contributivo tuviere individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

PENALIDAD - El Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Cualquier persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla o declaración, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, en adición a otras penalidades provistas por el Código, será culpable de un delito menos grave y castigada con multa no mayor de \$500 o reclusión por un término no mayor de seis meses, o ambas penas, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos) con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, en adición a otras penalidades provistas por el Código, será culpable de un delito grave y castigada con multa no mayor de \$20,000 o reclusión por un término fijo de tres años. De mediar circunstancias agravantes, la pena establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco años. De mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un máximo de dos años, o ambas penas, a discreción del Tribunal, más las costas del proceso.

Todo individuo que reciba esta declaración, debe rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos - Forma Larga. Además, le recordamos que la cantidad retenida puede reclamarse como crédito contra la contribución a pagar.

INSTRUCTIONS

Income tax return must be filed by:

- * every individual single (or married, one who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income of more than \$3,300;
- * every married individual who lives with his/her spouse, who during the taxable year had individually or jointly, a gross income of more than \$6,000.

PENALTY - The Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: Any person liable under any Subtitle of the Code to file a return or statement, who willfully fails to file such return or statement within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$500 or by imprisonment for a term of not more than six months, or both penalties, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return or statement (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations) with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a felony and upon conviction thereof, punished by a fine of more than \$20,000 or imprisonment for a fixed term of three years. If there were aggravating circumstances, the established penalty may be increased to a maximum of five years. If there were extenuating circumstances, it may be reduced to a maximum of two years, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution.

Any individual who receives this return, must file the Individual Income Tax Return - Long Form. Also, remember that the amount retained can be claimed as a credit against the income tax to be paid.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Document Page 107 of 180

Grupo de Pago: SM - Quincenal
Desde: 12/01/2005
Hasta: 12/01/2005
Cheque: ~~02116181~~
Fecha: 11/28/2005

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
COAMO PR 00769

Empleado: ~~50004267~~
Dept: 8005021-Ponce Coamo
Oficina: Rio Jueyes
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Sueldo: \$1,700.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Single Claiming no personal exem
Concesiones: 0
Pct. Adcl.: 0
Cant. Adcl.:

SS: ~~601-23-0007~~

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente Horas	Ingresos	Acumulado Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Bono de Navidad			1,000.00		1,000.00	Fed MED/EE	14.50	276.08
Pago de Salarios Regulares			0.00	1,206.00	16,825.00	PR Withholding	80.00	1,258.24
Pago Retroactivo Regular			0.00		1,215.00			
Total:						Total:		

DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,623.67				FSED Disability Plan	17.00	323.72
						GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,533.44
						SM-Plan Hospital Menonita	0.00	700.00
Total:			Total:			Total:		

TOTAL BRUTO			TOTAL IMPUESTOS			DEDUCCIONES TOTALES		
Corriente:	1,000.00			94.50			0.00	905.50
Acumulado:	19,040.00			1,534.32			1,623.67	15,882.01

PTO HORAS		ACUM
Balance Inicial:	0.0	
+ Acumulado:		
- Utilizado:		
- Donada:		
+ Ajustes:		
Balance Final:	0.0	

DISTRIBUCION PAGA NETA	
Cheque #02116181	905.50
Total:	905.50

MENSAJE: " QUE EL PROXIMO A&O TE COLME DE PAZ, PROSPERIDAD Y VERDADERO PROGRESO A TI Y A TU FAMILIA . "

U.S. Pat. no. 6,095,407

17-504935-1

UNILEU FORMS & GRAPHICS (7/8) 2/6-9605

Formulario 481 H-4V. 05.04

Entregarse Completamente los Ovalos. Ejempl
PLANILLA CONCHEQUE (FAVOR DE FUJAR CHEQUES)

FORMA CORTA						
Liquidador	R	M	V1	V2	P1	
Revisor	P2	N	D	E	A	G

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESO

AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL

1 de Enero de 2004 y terminado el 31 de Dic de 04

PLANILLA ENVIADA

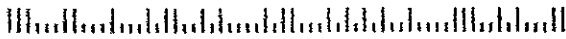
RECIBIDO GARANTE EL A.

Número de Seguro Social

5 8 1 3 7 2 6 9 7

Número de Seguro Social Cónyuge

Sello de Pago



138025 S2323 P1 *****5-DIGIT 00769
SANTIAGO MELENDEZ, JOSE R C E
VILLA MADRID
Z18 CALLE 4
COAMO, PR 00769-2758

Sexo: ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento Contribuyente

Da Mes Añ

Fecha de Nacimiento Cónyuge

Da Mes Añ

Cambio de Dirección: ☒ SI ☐ No

Planilla 2005: ☒ Esque ☐ Ingres

Número e inicial del Cónyuge Apellido Materno Apellido Materno

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Urb. Villa Madrid
Calle # 4, Z-18
Coamo, P.R.

Teléfono Residencia

7 8 7 8 2 5 3 8 4 8

Teléfono Oficina

Número de Hacienda

06233

Importe

202.00

Cambio Estado de Residencia

Encasillado 1

SI NO

- ☒ Ciudadano de Estados Unidos?
- ☒ Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- ☒ Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- ☒ Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- ☒ Otros ingresos exentos de contribución?
- ☒ Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- ☒ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Publicas
- ☐ Empleado del Gobierno Federal
- ☐ Empleado de Empresa Privada
- ☐ Retirado/Pensionado

Ocupacion (Añote el Código):

Contribuyente

Maestro

6110

Grupos

Sello de Recibido

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:

- ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
- ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
(Indique nombre y seguro social del cónyuge)
- ☐ Jefe de familia (No para casados)
- ☒ Soltero

Encasillado 2

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION
(Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2,
según aplique).

A-Contribución Retenida

1,249.
212.

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

19,380.
3,520.

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 01

2

Contribución Retenida

Sueldos y Propinas

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)

2,290.0

Formulario
Form 499R-2W-2 PR
Rev. 05.04

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL
DEPARTAMENTO DE
HACIENDA
DEPARTMENT OF THE
TREASURY INFORMATION

SECCION
SOCIAL SECURITY
INFORMATION

1. Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 56-1234567	8. Sueldos - Wages 19,380.45	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 19,380.45
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002158131 ESC URB NU DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 12-3456789	11. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 281.02
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 19,380.45	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2004 Year:		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
Número de Control - Control Number 39190603			23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
		13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	
		14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,249.03	
		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,654.31	
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

08578486

VEA INSTRUCCIONES AL DORSO - SEE INSTRUCTIONS ON BACK
CUADRUPLICADO PARA QUIEN RECIBE EL PAGO - QUADRUPPLICATE FOR THE PAYEE'S RECORD

COMPUTER EXPERT GROUP

INSTRUCCIONES

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos:

- * todo individuo soltero (o casado, pero que no vivía con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto de más de \$3,300;
- * todo individuo casado que viva con su cónyuge, que durante el año contributivo tuviere individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

PENALIDAD - El Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Cualquier persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla o declaración, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, en adición a otras penalidades previstas por el Código, será culpable de un delito menos grave y castigada con multa no mayor de \$500 o reclusión por un término no mayor de seis meses, o ambas penas, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos) con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, en adición a otra penalidad prevista por el Código, será culpable de un delito grave y castigada con multa no mayor de \$20,000 o reclusión por un término fijo de tres años. De mediar circunstancia agravantes, la pena establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco años. De mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un máximo de dos años, o ambas penas, a discreción del Tribunal, más las costas del proceso.

Todo individuo que reciba esta declaración, debe rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos - Forma Larga. Además, le recordamos que la cantidad retenida puede reclamarse como crédito contra la contribución a pagar.

INSTRUCTIONS

The income tax returns must be filed by:

- * every individual single (or married, one who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income of more than \$3,300;
- * every married individual who lives with his/her spouse, who during the taxable year had individually or jointly, a gross income of more than \$6,000.

PENALTY - The Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: Any person liable under any Subtitle of the Code to file a return or statement, who willfully fails to file such return or statement within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$500 or by imprisonment for a term of not more than six months, or both penalties plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return or statement (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations) with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a felony and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$20,000 or imprisonment for a fixed term of three years. If there were aggravating circumstances, the established penalty may be increased to a maximum of five years. If there were extenuating circumstances, it may be reduced to a maximum of two years, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution.

PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Réplica

2020 MAR 10 PM 12:29

CLERK'S OFFICE
U.S. DISTRICT COURT
SAN JUAN, PR.

24 de febrero de 2020

rafa.lucha@hotmail.com

José R. Santiago Meléndez

Urbanización Villa Madrid B-9 Calle #2

Coamo, Puerto Rico, 00769

Teléfono (787) 453-7056

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISION Y ADMINISTRACION
FINANCIERA PARA PUERTO RICO.

Como representante de:

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y Otros

PROMESA, Título III

Número 17 BK 3283-LTS

La presente radicación guarda relación con el ELA
y el SRE

Epígrafe

NOTIFICACION DE LA NONAGESIMA PRIERA OBJECCION GLOBAL (NO SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y DEL SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO A RECLAMOS DEFICIENTES EN LOS QUE SE ALEGAN INTERESES SOBRE LA BASE DE LAS LEYES PUERTORRIQUEÑAS NO ESPECIFICADAS.

Número de reclamación: 157796

Mediante esta misiva solicito al **Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico**, que declare a lugar la objeción global en relación al reclamo por el pago de la **Ley #62**, ya que el mismo no fue adjudicado ni pagado por la Ley de Quiebras de Puerto Rico.

Trabajo para el Gobierno de Puerto Rico, Rico en la Agencia del Departamento de Educación desde el año 2000 hasta el presente, sin recibir el pago por el aumento o incentivo del gobierno para ese entonces. Estimo que durante esos años se me adeuda la cantidad aproximada de \$ **19,200**.

También deseo solicitar al tribunal que sea diligente y acepte mi objeción por estar fuera de la fecha indicada. El haber excedido la fecha límite se debe a las consecuencias de los temblores y sismos que han ocurrido en Puerto Rico; por tanto no se pudo enviar en o antes del 18 de febrero de 2020. Por consiguiente no estaba la información completa en su totalidad en la réplica. Se adjunta documentación justificativa para evidenciar la objeción. Tal documentación son mis planillas desde el año 2004 hasta el año 2019 o talonarios lo que aplique, donde se demuestra que laboré para el Gobierno de Puerto Rico el cual nunca me otorgó el aumento que por ley me correspondía.

Cordialmente,


José R. Santiago Meléndez

**TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO**

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISIÓN Y ADMINISTRACIÓN
FINANCIERA PARA PUERTO RICO,

como representante de

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y
otros,

Deudores.

PROMESA,
Título III

Núm. 17 BK 3283-LTS

(Administrada conjuntamente)

**La presente radicación guarda
relación con el ELA y el SRE.**

**NOTIFICACIÓN DE LA NONAGÉSIMA PRIMERA OBJECCIÓN GLOBAL (NO
SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y DEL
SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE
ASOCIADO DE PUERTO RICO A RECLAMOS DEFICIENTES EN LOS QUE SE
ALEGAN INTERESES SOBRE LA BASE DE LAS LEYES PUERTORRIQUEÑAS NO
ESPECIFICADAS**

**SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO EN EL ANEXO A DE LA OBJECCIÓN GLOBAL, EL
ELA Y EL SRE SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE
LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.**

**SI SU RECLAMO ES MENCIONADO EN EL ANEXO A, DEBERÁ LEER
DETENIDAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN Y LA OBJECCIÓN GLOBAL Y
COMENTARLAS CON SU ABOGADO. SI NO TIENE ABOGADO, ES POSIBLE QUE
DESEE ACUDIR A UNO.**

OBSÉRVESE QUE el 24 de octubre de 2019, el Estado Libre Asociado de Puerto (el "ELA") y el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico ("SRE"), a través de la Junta de Supervisión y Administración Financiera para Puerto Rico (la "Junta de Supervisión"), como representante del ELA y del SRE conforme al artículo 315(b) de la Ley para la Supervisión, Administración y Estabilidad Económica de Puerto Rico ("PROMESA"),¹ radicarón la *Nonagésima objeción global (no sustantiva) del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y del Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto a los Reclamos deficientes en los que se alegan intereses sobre la base de las*

¹ PROMESA ha sido codificada en el Título 48 U.S.C., §§ 2101-2241.

leyes puertorriqueñas no especificadas (la "Objeción global") ante el Tribunal de Distrito de los Estados para el Distrito de Puerto Rico (el "Tribunal").²

SÍNTESIS

- **COMPRUEBE SI SU(S) RECLAMO(S) SE MENCIONA(N) EN EL ANEXO A DE LA OBJECIÓN GLOBAL.**
- Si su(s) reclamo(s) **NO** se menciona(n) en el Anexo A, la Objeción global no afectará a su reclamo, por lo que **NO** tendrá que realizar ninguna acción.
- Si su(s) reclamo(s) se menciona(n) en el Anexo A de la Objeción global, el ELA y el SRE solicitan que su(s) reclamo(s) que se mencione(n) en el Anexo A sea(n) rechazado(s) porque, como se explicó en la Objeción global que acompaña este documento, el expediente de los Deudores indican que su reclamo es deficiente. La Objeción global y el Anexo A de la objeción global proporcionan detalles adicionales sobre los reclamos deficientes en cuestión.
- Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>.
- Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

SI NO CONTESTA CONFORME A LA PRESENTE NOTIFICACIÓN, EL TRIBUNAL PODRÁ CONCEDER EL REMEDIO SOLICITADO EN LA OBJECIÓN GLOBAL SIN OTRA NOTIFICACIÓN NI VISTA.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE CONFORME A LA REGLA LOCAL 3007-1

Cualquiera de las partes a la que se haya notificado la presente Objeción global, o cualquier otra parte de la acción que objete al remedio aquí solicitado, deberá radicar y enviar una réplica a la Objeción global a la secretaría del Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico antes de las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE. Si no se radica ninguna réplica en el plazo mencionado, se considerará que no se ha opuesto a la Objeción global, por lo que esta podrá ser declarada ha lugar, salvo que: 1) el remedio solicitado esté legalmente prohibido; 2) el remedio solicitado sea contrario al orden público; o 3) a criterio del Tribunal, el interés de la justicia exija otra cosa. Si radica una réplica en tiempo, el Tribunal podrá convocar una vista.

² Los términos en mayúscula utilizados que no estén definidos en el presente documento tendrán el significado que les haya sido atribuido en la Objeción global.

Información muy importante relativa a la elección, por parte de las Demandantes, para radicar una réplica

Quién tiene la obligación de radicar una réplica. Cualquiera de las partes que impugne la Objeción global tiene la obligación de radicar una respuesta de conformidad con los procedimientos aquí establecidos. Si la parte cuyo reclamo quede sujeto a la Objeción global no radica ni notifica una réplica de conformidad con los procedimientos aquí establecidos, el Tribunal podrá declarar ha lugar a la Objeción global en relación con tal reclamo sin más notificaciones a la demandante.

Quién NO tiene la obligación de radicar una réplica. Si usted no se opone al remedio solicitado en la Objeción global, no tendrá que radicar ninguna réplica por escrito a la Objeción global ni tendrá que comparecer en la vista sobre la Objeción global (según se explica abajo). Además, la Objeción global solo se aplica a los reclamos mencionados en el Anexo A relativo a la Objeción global, cuya copia está disponible en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si su reclamo no se menciona en el Anexo A de la Objeción global, no será necesario radicar ninguna réplica.

Fecha límite para radicar una réplica. Su réplica se considerará radicada dentro de los plazos establecidos solo si la radica ante el Tribunal y la notifica antes de las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE, o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

La fecha límite para radicar y notificar una réplica se cumple a las 04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019.

Vista sobre la Objeción global. Si se radica y notifica una réplica de manera adecuada conforme a la presente notificación, se celebrará una vista sobre la Objeción global y la réplica a las **09:30 a.m. (AST) del 11 de diciembre de 2019** ante su señoría, Laura Taylor Swain, en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico, 150 Carlos Chardón Street, Federal Building, San Juan, Puerto Rico 00918-1767. Si radica una réplica a la Objeción global, deberá hacer planes para comparecer en la vista sobre la Objeción global. Sin embargo, el ELA y el SRE se reservan el derecho, previa notificación con tres (3) días hábiles de antelación, a paralizar la vista sobre la Objeción global y la réplica.

Los Deudores podrán radicar una contestación a su réplica o contestación en un alegato oral durante la vista. Los Deudores podrán radicar su contestación en un plazo máximo de siete (7) días naturales antes de la celebración de la vista sobre la Objeción global y la réplica.

EL TRIBUNAL SOLO TENDRÁ EN CONSIDERACIÓN SU RÉPLICA SI ESTA SE RADICA Y NOTIFICA ANTES DE LA FECHA LÍMITE PARA RESPONDER DE CONFORMIDAD CON LAS INSTRUCCIONES ESTABLECIDAS EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN.

Lo que hay que radicar con la réplica. Su réplica a la Objeción global deberá contener la siguiente información:

- (i) **Datos de contacto.** La réplica deberá contener el **nombre**, la **dirección**, el **número de teléfono** y la **dirección de correo electrónico** 1) de la demandante que responda; 2) del abogado o representante designado de la demandante al que los abogados del ELA del SRE deban notificar una respuesta a la réplica, en su caso; o 3) de la parte con potestad para reconciliar, llegar a un acuerdo o de otro modo resolver la Objeción global en nombre de la demandante.
- (ii) **Epígrafe.** La réplica deberá contener un epígrafe que incluya el nombre del Tribunal, los nombres de los Deudores, el número de procedimiento, el Título de la Objeción global con la que guarde relación la réplica, y el/los número(s) de las evidencias de reclamos relacionados de Prime Clerk (que se enumeran en el **Anexo A** de la Objeción global y están disponibles en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>).
- (iii) **Motivo(s) para oponerse a la Objeción global.** La réplica deberá explicar con concisión los motivos por los que el Tribunal no debe declarar ha lugar a la Objeción global a su reclamo, incluidos los fundamentos de hecho y de derecho que la demandante vaya a invocar al oponerse a la Objeción global.
- (iv) **Documentación justificativa.** Si ya no está incluida en la evidencia de reclamo, la contestación deberá contener una copia de cualquier otra documentación u otras evidencias relativas al reclamo que la demandante vaya a invocar al oponerse a la Objeción global; con la salvedad de que la demandante no tendrá que revelar en la contestación ninguna información confidencial o reservada o que esté protegida de cualquier otra forma; y también con la salvedad de que la demandante revelará al ELA y al SRE toda la información y proporcionará copias de la totalidad de los documentos que considere que son confidenciales o reservados o que estén protegidos de cualquier otra forma y que tenga la intención de invocar en apoyo de su reclamo, con sujeción a las restricciones de confidencialidad pertinentes.

Dónde y cómo radicar y notificar una réplica. Todas las réplicas deberán radicarse de forma electrónica ante el Tribunal con el nombre de expediente *En el asunto de: Estado Libre Asociado de Puerto Rico*, núm. de procedimiento 17 BK 3283-LTS. Hay dos métodos que puede utilizar para radicar su réplica:

1. **En línea.** Los usuarios inscritos en el sistema del Tribunal de radicación de causas deberán radicar su réplica de forma electrónica en un formato de documento que permita hacer búsquedas.
2. **Por correo postal.** Si usted no es un abogado que sea usuario inscrito en el sistema del Tribunal de radicación de causas, podrá radicar y notificar una réplica por correo postal dirigida a la Secretaría del Tribunal, a la Junta de Supervisión y al Comité de Acreedores a las siguientes direcciones:

Secretaría (*Clerk's Office*)
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
Room 150 Federal Building
San Juan (Puerto Rico) 00918-1767

Abogado de la Junta de Supervisión (*Counsel for the Oversight Board*)
Proskauer Rose LLP
Eleven Times Square
Nueva York, Nueva York 10036-8299
A/A: Martin J. Bienenstock
Brian S. Rosen

Abogado del Comité de Acreedores (*Counsel for the Creditors' Committee*)
Paul Hastings LLP
200 Park Avenue
Nueva York, Nueva York 10166
A/A: Luc A. Despins
James Bliss
James Worthington
G. Alexander Bongartz

SU RÉPLICA deberá enviarse para que se reciba por la Secretaría, la Junta de Supervisión y el Comité de Acreedores a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

Si no puede radicar y notificar una réplica en línea o por correo postal, según se especificó anteriormente, podrá radicar una réplica en persona en la siguiente dirección a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite:

Secretaría (*Clerk's Office*)
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
#150 Chardon Avenue
Federal Building
San Juan (Puerto Rico) 00918

Su réplica deberá incluir un certificado de notificación que indique la forma en la que se ha efectuado la notificación.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo radicar y notificar una réplica, incluidas preguntas sobre el sistema del tribunal de radicación de causas, comuníquese con **Prime Clerk** llamando al **número directo (844) 822-9231**.

Reserva de derechos. NINGUNA DISPOSICIÓN CONTENIDA EN LA OBJECCIÓN GLOBAL O EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN SE CONSIDERA NI CONSIDERARÁ QUE

CONSTITUYE UNA RENUNCIA A CUALESQUIERA DERECHOS DEL ELA O DEL SRE, O DE CUALQUIER OTRA PARTE INTERESADA EN LAS CAUSAS RADICADAS CONFORME AL TÍTULO III, A IMPUGNAR CUALESQUIERA RECLAMOS; A HACER VALER CONTRARECLAMOS, DERECHOS A COMPENSACIÓN O RECUPERACIÓN, O CONTESTACIONES; A OBJETAR A RECLAMOS (O A OTROS RECLAMOS O CAUSAS RADICADAS DE UNA DEMANDANTE) ADUCIENDO CUALQUIER MOTIVO QUE NO SE HAYA ALEGADO PREVIAMENTE EN UNA OBJECCIÓN, SALVO QUE EL TRIBUNAL HAYA DECLARADO HA LUGAR A UN RECLAMO U ORDENADO OTRA COSA; O A SOLICITAR QUE SE DECLARE HA LUGAR CUALQUIER RECLAMO EN EL FUTURO. A SU DEBIDO TIEMPO, LAS PARTES AFECTADAS RECIBIRÁN LA NOTIFICACIÓN PERTINENTE DE TODO ELLO.

Recursos adicionales y con quién comunicarse en el caso de que tenga que formular preguntas

Todos los documentos enviados en el marco de las causas radicadas conforme al Título III, incluidas copias de los reclamos radicados utilizando CM/ECF, se encuentran disponibles en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. El mantenimiento de dicho sitio web lo realiza Prime Clerk; el sitio web incluye una base de datos que permite efectuar búsquedas y que ayuda a localizar documentos.

Para obtener información adicional sobre la Objeción global, el estado de su réplica, su reclamo o la presente notificación, comuníquese con Prime Clerk llamando a su número directo (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o al (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponibles entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español). También podrá enviar consultas a la siguiente dirección de correo electrónico: puertoricoinfo@primeclerk.com.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Escuela Purificación Rodríguez Torres

Distrito Escolar de Santa Isabel – Municipio de Coamo

Oficina del Director
Dr. Angel Santiago Rivera

4 de marzo de 2020

A Quien Pueda Interesar:

Por la presente certifico, que el Sr. José R. Santiago Meléndez trabaja en la Escuela Purificación Rodríguez Torres, Distrito Escolar de Coamo en calidad de Maestro. Dicho empleado comenzó a trabajar en nuestra escuela en septiembre de 2000 hasta el presente año.

Cualquier duda al respecto, favor comunicarse al teléfono 787-825-1684.

Cordialmente,


Angel L. Santiago Rivera, Ed.D
Director Escolar



P.O. Box 2438 - Coamo, Puerto Rico 00769 - Tel. 787-825-1684 - d50542@de.pr.gov

El éxito comienza con la voluntad. Y la voluntad se alcanza con la perseverancia. Voluntad, Perseverancia, Éxito

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión o acecho.



Formulario 482 Rev. 23 oct 18

Liquidador		Revisor		2018 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2018		Número de Serie 1985767	
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2018 O AÑO COMENZADO EL									
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		1 de enero de 2018 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2018		Número de Seguro Social Contribuyente		<input type="checkbox"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día Mes Año <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: Día Mes Año)			
Nombre del Contribuyente JOSE		Inicial R		Apellido Paterno SANTIAGO		Apellido Materno MELENDEZ		Número de Seguro Social Cónyuge	
Dirección Postal Urb VILLA MADRID		Coamo		PR		Código Postal 00769-0000		Fecha de Nacimiento del Cónyuge	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) Urb VILLA MADRID		Coamo		PR		Código Postal 00769-0000		Fecha de Nacimiento del Cónyuge	
Nombre e Inicial del Cónyuge MARTA		I		Apellido Paterno RIVERA		Apellido Materno ESPADA		Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) Urb VILLA MADRID		Coamo		PR		Código Postal 00769-0000		Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@hotmail.com								Teléfono Residencia 7874537056	
								Teléfono del Trabajo	
								Cambio de Dirección: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No	
								Solicitud Prórroga: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No	
								Contrato Gobierno: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge	

Cuestionario	A. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones)	I. FUENTE DE MAYOR INGRESO:
	B. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Residente de Puerto Rico durante todo el año?	1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas
	C. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Si contestó "No", indique una de las siguientes:	2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal
	D. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	1. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día Mes Año)	3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada
E. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	2. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día Mes Año)	4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado	
F. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	3. <input type="checkbox"/> No residente durante todo el año	5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)	
G. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad):	6. <input type="checkbox"/> Otro	
H. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	1. <input type="checkbox"/> Atribuible al contribuyente \$ 0		
	2. <input type="checkbox"/> Atribuible al cónyuge \$ 0		
	¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)	J. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:	
	¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)	1. <input checked="" type="checkbox"/> Casado	
	¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal?	(Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)	
	¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día Mes Año)	2. <input type="checkbox"/> Contribuyente individual	
	¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017?	(Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es:)	
	1. <input type="checkbox"/> Contribuyente (Núm. decreto)	<input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)	
	2. <input type="checkbox"/> Cónyuge (Núm. decreto)	Ocupación del contribuyente: Maestro de Escuela 8110 Ocupación del cónyuge: Otros Oficios o Profesiones 8110	

PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.			
Reintegro	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)	01	819 00
	A) Acreditar a la contribución estimada 2019	(01)	0 00
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan	(02)	0 00
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico	(03)	0 00
	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)	(04)	819 00
Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)	(05)	0 00
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado	(06)	0 00
	(b) Intereses	(07)	0 00
	(c) Recargos 0 y Penalidades 0	(08)	0 00
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))	(09)	0 00

AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO			
Tipo de cuenta	Número de ruta/tránsito	Número de su cuenta	
<input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros	021502011	072134828	
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA			
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)			

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del Contribuyente	Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha
<input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente	02-04-2019	<input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente	02-04-2019
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio	
Luis A Torres		Luis A Torres	

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.18



GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE R	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 0000
Apellido(s) - Last Name(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 0000
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR 00769-0000	5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: 28-01-1973	6. Donativos Charitable Contributions 0
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION ESQUINA CALAF San Juan PR 00919	Patrono: - Employer: Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for: A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017 B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services C- <input type="checkbox"/> Otros / Others: Año: 2018 Year:
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number F0717193216	
Número Control - Control Number 180048817	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31	

INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	
7. Sueldos - Wages 27,467	
8. Comisiones - Commissions 0	
9. Concesiones - Allowances 0	
10. Propinas - Tips 0	
11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 27,467	
12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0	
13. Cont. Retenida - Tax Withheld 835	
14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,397	
15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS 0	
Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 16. 0	
Código/Code 16A. 0	
Código/Code 16B. 0	
16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0	

INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 27,467	
20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 398	
21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	

<input checked="" type="checkbox"/>	W2
<input type="checkbox"/>	W2C

Planilla Radicada Electrónicamente

Formulario 482 Rev. 4 dic 17

FORMA ÚNICA		2017		GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2017		Número de Serie				
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2017 O AÑO COMENZADO EL								
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M
1 de enero de 2017 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2017												
Nombre del Contribuyente				Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente		
JOSE				R		SANTIAGO		MELENDEZ		53-101-9697		
Dirección Postal						Fecha de Nacimiento		Sexo		CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: Día Mes Año)		
Urb VILLA MADRID						Día Mes Año		M F				
Z18 Calle 4						Número de Seguro Social Cónyuge						
Coamo PR						Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo		Sello de Recibido		
						Día Mes Año		M F		05/04/2018		
Código Postal				00769		Teléfono Residencia		(787) 453-7056		03:50:02 PM		
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno		Teléfono del Trabajo				
MARTA				I		RIVERA		ESPADA				
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)												
Urb VILLA MADRID												
Z18 Calle 4												
Coamo PR												
Código Postal 00769												
Correo Electrónico (E-Mail) carla.lucha@hotmail.com												
CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO												
SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO												
CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge												
FUENTE DE MAYOR INGRESO:												
1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas												
2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal												
3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada												
4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado												
5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)												
6. <input type="radio"/> Otro												
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:												
<input checked="" type="radio"/> Casado												
(Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)												
<input type="radio"/> Contribuyente individual												
(Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es:												
<input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes												
<input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge)												
<input type="radio"/> Casado que rinde por separado												
(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)												
Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110												
Ocupación del cónyuge AMA DE CASA 8110												
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.												
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 704 00												
A) Acreditar a la contribución estimada 2018 02 00												
B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan 03 00												
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico 04 00												
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 05 704 00												
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) 06 00												
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado 07 00												
(b) Intereses 08 00												
(c) Recargos y Penalidades 09 00												
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c) 10 00												
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO												
Tipo de cuenta		Número de ruta/tránsito				Número de su cuenta						
<input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros		021502011				072134828						
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA												
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)												
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla y documentos que se anexaron y que la misma es verdadera y completa.												
La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.												
Firma del Contribuyente				Fecha				Firma del Cónyuge				
FIRMADA ELECTRONICAMENTE				05/04/2018				FIRMADA ELECTRONICAMENTE				
LUIS A TORRES								TORRES ASSOCIATES				
								Número de Registro				

Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.17



GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 69-137-2697		7. Sueldos - Wages 26,320.87		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Apellido(s) - Last Name(s) R SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 0000000000		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C 4 COAMO PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26,320.87	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: Día Mes Año Day Month Year 02 02 1972		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 26,320.87		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 381.65	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR ESQUINA CALAF HATO REY PR 00919		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 749.90		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 773-3508				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,309.51		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S170008				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0.00			
Número Control - Control Number 006975289		Año: 2017 Year:		16. 0.00			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				16A. 0.00			
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

**INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA**

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- * sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- * sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- * tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluirá entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

**INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN**

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- * is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
- * is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- * has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Formulario 482 Rev. 16 nov 16

FORMA ÚNICA															2016										2016										Número de Serie																			
Liquidador															Revisor										ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA										PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2016 O AÑO COMENZADO EL										1 de enero de 2016 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2016									
R	G	R	O	V	I	V	P	1	P	2	N	D	1	D	2	E	A	M																																				
Nombre del Contribuyente JOSE															Inicial R					Apellido Paterno SANTIAGO					Apellido Materno MELENDEZ					Número de Seguro Social Contribuyente 00769										<input type="checkbox"/> PLANILLA EN MENUDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día Mes Año <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: Día Mes Año)														
Dirección Postal Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR																									Código Postal 00769										Fecha de Nacimiento Día Mes Año Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Número de Seguro Social Cónyuge Fecha de Nacimiento del Cónyuge Día Mes Año Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F Teléfono Residencia (787) 453-7056 Teléfono del Trabajo CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO																			
Nombre e Inicial del Cónyuge MARTA															Inicial I					Apellido Paterno RIVERA					Apellido Materno ESPADA					Sello de Recibo 08/04/2017 09:00:11 AM																								
Dirección Residencial Contribuyente (Barrio o Urbanización, Número, Calle) Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR																									Código Postal 00769																													
Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@hotmail.com																																																						
Cuestionario A. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. Fecha de mudanza a P.R. () 2. Fecha de mudanza fuera de P.R. () No residente durante todo el año C. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): Atribuible al contribuyente \$ Atribuible al cónyuge \$ D. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? Fecha en que cesó en el servicio:															FUENTE DE MAYOR INGRESO: <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="checkbox"/> Otro										ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) <input type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)																													
															Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge AMA DE CASA 8110										CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge																													
Reintegro 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) (01) 1,294 00 A) Acreditar la contribución estimada 2017 (02) 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03) 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 1,294 00															2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00 (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalizaciones (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10) 00																																							
															Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00 (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalizaciones (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10) 00																																							
Depósito Tipo de cuenta <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 021502011 Número de su cuenta 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)															AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.																																							
Firma del Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE Nombre del Especialista (Letra de Molde) Luis Torres															Fecha 08/04/2017 Firma del Cónyuge FIRMADA ELECTRONICAMENTE Nombre de la Firma o Negocio Torres Associates										Fecha 08/04/2017 Número de Registro																													

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 08.16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

222

1. Nombre - First Name JOSE R		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 001-27-2897		7. Sueldos - Wages 26,325		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 050-43-5025		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR 00769-0000		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26,325	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: 28-01-1973		6. Donativos Charitable Contributions 0		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 381	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION ESQUINA CALAF San Juan PR 00919		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 26,325		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 749		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S160021				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,315			
Número Control - Control Number 006251806				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		Año: Year: 2016		Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0			
				16. 0			
				16A. 0			
				16B. Adiciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0			

☒ W2
☐ W2C

Planilla Radicada Electrónicamente

Formulario 482 Rev. 20 oct 15

FORMA ÚNICA		2015		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2015		Número de Serie			
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2015 Y AÑO COMENZADO EL				<input type="radio"/> PLANILLA ENVIADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO			
R	G	RO	VI	V	1	P	N	D	E	A	M
				1 de enero de 2015 Y TERMINA EL 31 de diciembre de 2015				<input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CÓNYUGE			
Nombre del Contribuyente		Initial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de Seguro Social Contribuyente		<input type="radio"/> CÓNYUGE SUPERSTITE (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: Día Mes Año)		Sello de Recibido 09/04/2016 11:13:06 AM		
JOSE		R	SANTIAGO	MELENDEZ	63067-2807						
Dirección Postal		Urb VILLA MADRID		Fecha de Nacimiento		Sexo					
Z18 Calle 4		Coamo PR		00769		<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F					
Código Postal		00769		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo					
Nombre e Initial del Cónyuge		Apellido Paterno	Apellido Materno	Día Mes Año		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F					
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		BO. LOS LLANOS		Teléfono Residencia		(787) 453-7056					
SECTOR CARIBE 596		Coamo PR		Teléfono del Trabajo							
Código Postal		00769		Cambio de Dirección: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		¿Solicitó próroga: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No					
Correo Electrónico (E-Mail)		rafa.lucha@hotmail.com		FUENTE DE MAYOR INGRESO:		1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro					
Cuestionario		A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: Fecha de mudanza a P.R. _____ Fecha de mudanza fuera de P.R. _____ No residente durante todo el año		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:		1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arrendatario)					
C. <input type="radio"/> ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "Si", indique la cantidad): 1. Atribuible al contribuyente \$ _____ 2. Atribuible al cónyuge \$ _____ D. <input type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="radio"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="radio"/> ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="radio"/> ¿Militar activo en zona de combate? (Fecha en que cesó en el servicio: _____)		Su ocupación Maestro de Escuela 6110		Ocupación cónyuge _____		CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge					
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.											
Reintegro		1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 27. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 1,383 00									
		A) Acreditar a la contribución estimada 2016 00									
		B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan 00									
		C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico 00									
Pago		D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 05 1,383 00									
		2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 27) 08 00									
		3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado 09 00									
		(b) Intereses 09 00									
Depósito		(c) Recargos y Penalidades 10 00									
		4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) 11 00									
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO											
Tipo de cuenta		Número de ruta/tránsito				Número de su cuenta					
<input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros		0 2 1 5 0 2 0 1 1				0 7 2 1 3 4 8 2 8					
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ		y _____									
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)											
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.											
Firma del Contribuyente		Fecha		Firma del Cónyuge		Fecha					
✓ FIRMADA ELECTRONICAMENTE		09/04/2016		✓							
04 Nombre del Especialista (Letra de Molde)				Nombre de la Firma o Negocio							
LUIS TORRES				TORRES ASSOCIATES							
Firma del Especialista		Fecha		Especialista por cuenta		Número de Registro					
				40574							

Formulario
IRM 499R-2/W-2 PR
v. 08.15

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. [REDACTED]	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) [REDACTED]	7. Sueldos - Wages 26371.03		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF SANTO REY, PR 00919		6. Donativos Charitable Contributions 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26371.03	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 5150008		Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR With the * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 382.38	
Fecha de Operaciones: Date of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year		11. Total=7+8+9+10 26371.03		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00		
Número de Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number 004903672		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00		
Número de Control - Control Number 004903672		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 752.72		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00		
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2319.39				
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00				
		16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00				
		16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code				
		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00				

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 31 oct 14

FORMA ÚNICA		2014	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2014	Número de Serie	
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2014 O AÑO COMENZADO EL		
R	G	RO	V1	V2	P1	P2
N	D1	D2	E	A	M	
1 de enero de 2014 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2014						
Nombre del Contribuyente JOSE			Initial R	Apellido Paterno SANTIAGO	Apellido Materno MELENDEZ	Número de Seguro Social Contribuyente 504-01-2037
Dirección Postal Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR			Código Postal 00769		Fecha de Nacimiento 1 10 1987 Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Nombre e Inicial del Cónyuge			Apellido Paterno		Apellido Materno	
Dirección Residencial Cónyuge (Barrio o Urbanización, Número, Calle) BO. LOS LLANOS SECTOR CARIBE 596 Coamo PR			Código Postal 00769		Fecha de Nacimiento del Cónyuge Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@hotmail.com			Teléfono Residencia (787) 453-7056		Teléfono del Trabajo	
¿UTILIZÓ PROGRAMA PRIVADO PARA LLENAR LA PLANILLA? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			¿SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		PLANILLA 2015: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS	
<p>Cuestionario</p> <p>SI NO</p> <p>A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos?</p> <p>B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año?</p> <p>C. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)</p> <p>D. <input checked="" type="radio"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)</p> <p>E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:</p> <p>1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas</p> <p>2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal</p> <p>3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada</p> <p>4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado</p> <p>5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)</p> <p>6. <input type="radio"/> Otro</p> <p>F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:</p> <p>1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo C Individuo)</p> <p>2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es Casado con capitulaciones de total separación de bienes Casado que no vivía con su cónyuge)</p> <p>3. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)</p> <p>Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge</p> <p>CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge</p>						
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.						
<p>Reintegro</p> <p>1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) (01) 819 00</p> <p>A) Acreditar la contribución estimada 2015 (02) 00</p> <p>B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03) 00</p> <p>C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 00</p> <p>D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 819 00</p>						
<p>Pago</p> <p>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 28) (06) 00</p> <p>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00</p> <p>(b) Intereses (08) 00</p> <p>(c) Recargos y Penalidades (09) 00</p> <p>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 00</p>						
<p>Depósito</p> <p style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO</p> <p>Tipo de cuenta <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros</p> <p>Número de ruta/tránsito 021502011</p> <p>Número de su cuenta 072134828</p> <p>Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y</p> <p>(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)</p>						
<p>Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.</p> <p>Firma del Contribuyente Fecha 30/03/2015 Firma del Cónyuge</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRÓNICAMENTE</p> <p>Nombre del Especialista (Letra de Molde) Luis A Torres Nombre de la Firma o Negocio Torres Associates</p> <p>Firma del Especialista Fecha 30/03/2015 Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="radio"/> Número de Registro 19571</p>						

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 09.14

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 001-07-0007		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 001-07-0007		7. Sueldos - Wages 26130.36		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26130.36	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.gobierno.pr) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 378.89	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S140003		11. Total=7+8+9+10 26130.36		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número Control - Control Number 004382947		Año: Year: 2014		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 737.39		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2297.73			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
				16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00			
				16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code			
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ Si ☐ No. Si contesto Si, extra la línea y el número de registro.

Formulario 482 Rev. 27 nov 12

FORMA LARGA		PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie											
Liquidador	Revisor	2012	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2012 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2012 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2012	2012	PLANILLA ENMENDADA										
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M	FALLECIDO DENTRO DEL AÑO: Dia Mes Año		
Nombre del Contribuyente		Initial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de Seguro Social Contribuyente			Fecha de Recibo			F				
JOSE		R	SANTIAGO	MELENDEZ	581-37-2287			11/04/2013			01:19:39 PM				
Dirección Postal		VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR			Fecha de Nacimiento			Sexo			M				
Código Postal		00769			Día Mes Año			F			F				
"Coloque la etiqueta enmendada (Label) aquí"		Nombre e Inicial del Cónyuge			Apellido Paterno			Apellido Materno			Número de Seguro Social Cónyuge				
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		BO. LOS LLANOS SECTOR CARIBE 596 Coamo PR			Código Postal			00769			Fecha de Nacimiento del Cónyuge				
Correo Electrónico (E-Mail)		rafa.lucha@hotmail.com			Teléfono Residencia			(787) 453-7056			Teléfono del Trabajo				
CALLE DE DIRECCION: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		PLANILLA 2013: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS			F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:			1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)			2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge)				
Su ocupación		Maestro de Escuela			6110			Ocupación cónyuge			CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge				
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.		1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 27. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)			(01) 836.00			(02) 00.00			(03) 00.00				
A) Acreditar a la contribución estimada 2013		B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan			(04) 00.00			(05) 836.00			(06) 00.00				
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico		D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)			(07) 00.00			(08) 00.00			(09) 00.00				
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 27)		3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado			(03) 00.00			(04) 00.00			(05) 00.00				
(b) Intereses		(c) Recargos y Penalizaciones			(06) 00.00			(07) 00.00			(08) 00.00				
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))		AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO			Tipo de cuenta			Número de ruta/tránsito			Número de su cuenta				
<input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros		0 2 1 5 0 2 0 1 1			0 7 2 1 3 4 8 2 8			0 7 2 1 3 4 8 2 8			0 7 2 1 3 4 8 2 8				
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ		y			Firma del Contribuyente			Firma del Cónyuge			Fecha				
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)		Firma del Especialista			10/04/2013			Nombre de la Firma o Negocio			Torres Associates				
04 Luis A. Torres		Firma del Especialista			10/04/2013			Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)			Número de Registro				
FIRMA ELECTRONICAMENTE		FIRMA ELECTRONICAMENTE			Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.			Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.			Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.				

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 591-37-2637	7. Sueldos - Wages 25919.20	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 800001001	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25919.20
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8013750542 PURIFICACION DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 375.83
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	11. Total=7+8+9+10 25919.20	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year	6B. Donativos Charitable Contributions 0.00	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
Número Control - Control Number 125527664	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2012 Year:	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 798.81	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2242.73	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
		16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00	
		16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 481 Rev. 27 oct 11

FORMA CORTA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie 1854461	
Liquidador: _____ Revisor: _____		2011 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2011		<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA	
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2011 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2011 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2011		<input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día Mes Año - <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE		Sello de Recibido 14-03-2012 12:09:37 PM	
Nombre del Contribuyente: JOSE Inicial: R Apellido Paterno: SANTIAGO Apellido Materno: MELENDEZ		Número de Seguro Social Contribuyente: _____		Sello de Recibido	
Dirección Postal: VILLA MADRID B9 Calle 2		Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F		Sello de Recibido	
Coamo PR Código Postal: 00769-0000		Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		Sello de Recibido	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Teléfono Residencia: 7874537056		Sello de Recibido	
Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____		Teléfono del Trabajo: _____		Sello de Recibido	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): BO. LOS LLANOS SECTOR CARIBE 596		Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		PLANILLA 2012: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	
Coamo PR Código Postal: 00769-0000		Correo Electrónico (E-Mail): rafa.lucha@hotmail.com		PLANILLA 2012: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	

Cuestionario	SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: _____		E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si es casado con capitulaciones de total separación de bienes e indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)	
---------------------	---	--	--	--

Reintegro	PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.			
	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C) (01) 900 00 A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) 0 00 B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 0 00 C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 900 00			

Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) (05) 0 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) 0 00 (b) Intereses (07) 0 00 (c) Recargos 0 y Penalidades 0 (08) 0 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 0 00			
-------------	--	--	--	--

Depósito	AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO	
	Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 021502011 Número de su cuenta: 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)	

Declaro bajo penalidad de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del Contribuyente: _____ Fecha: 14-03-2012		Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____	
Firmada Electrónicamente: <input checked="" type="radio"/>		Firmada Electrónicamente: <input type="radio"/>	
Nombre del Especialista (Letra de Molde): Luis A. Torres		Nombre de la Firma o Negocio: Luis A. Torres	
Número de Registro: 19571	Número de Identificación Patronal: 660-72-6396	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="radio"/>	Fecha: 14-03-2012

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ SI ☐ No. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista

Formulario Fom 499R-2M-2P3 Rev. 10.11			GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT			INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION					
1. Nombre - First Name JOSE R			3. Num. Seguro Social Social Security No. 0931100			7. Sueldos - Wages 3,599			17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0		
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ			4. Num. de Identificación Patronal Employer Ident. No. (EIN) 000000000			8. Comisiones - Commissions 0			18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0		
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR 00769-0000			5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension 0			9. Concesiones - Allowances 0			19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 0		
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION CESAR GONZALEZ San Juan PR 00919-0000			6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0			10. Propinas - Tips 0			20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 0		
Número de teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 0			6a. Costo de la póliza de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0			11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 3,599			21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0		
Fecha Cese de Operaciones: Cease Operations Date: 0			6b. Donativos Charitable Contributions 0			12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0			22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0		
Número Control - Control Number 116503329			Copia B para Planillas del Empleado Copy B for Employees Tax Return Año: 2011 Year:			13. Cont. Retenida - Tax Withheld 287			23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0		
Instrucciones al dorso - Instructions on back			14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 323			15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0			16a. Aportaciones al Programa Ahorro y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0		
Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau			Pensión: <input type="checkbox"/>			Federal: <input type="checkbox"/>					

Formulario 482 Rev. 12.10

FORMA LARGA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie																																																									
Liquidador: _____ Revisor: _____		2010 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2010 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2010 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2010 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2010		<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año																																																									
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		Nombre del Contribuyente: JOSE Inicial: R Apellido Paterno: SANTIAGO Apellido Materno: MELENDEZ Dirección Postal: URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR Código Postal: 00769-0000 "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí". Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR Código Postal: 00769-0000 Correo Electrónico (E-Mail): rafa.lucha@yahoo.com		Número de Seguro Social Contribuyente: 501-07-0157 Fecha de Nacimiento: 28-02-1973 Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Incapacitado: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge Teléfono Residencia: 787-4537056 Teléfono del Trabajo: _____ Número de Recibo: _____ Importe: _____ CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO																																																									
Encasillado 1 SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="radio"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? D. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) Indique total \$ _____ 0		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input checked="" type="radio"/> Soltero 5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge) CONTRATO GOBIERNO <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge PLANILLA 2011 <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES																																																											
FUENTE DE MAYOR INGRESO: E. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas F. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal G. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: _____ H. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado I. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)		<input type="radio"/> Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo CO Individual.																																																											
Sello de Recibido 24-03-2011 11:44:19 AM		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas</td> <td colspan="2">A-Contribución Retenida</td> <td colspan="2">B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="radio"/> SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/NW-2PR, 499R-2C/NW-2CPR o W-2, según aplique). </td> <td colspan="2"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1,138</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table> </td> <td colspan="2"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>23,566</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="radio"/> Total de comprobantes con esta planilla .. 1 </td> <td colspan="2"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1,138</td><td>00</td></tr> </table> </td> <td colspan="2"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>23,566</td><td>00</td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)</td> <td colspan="2">Contribución Retenida</td> <td colspan="2">Salarios Federales</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table> </td> <td colspan="2"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table> </td> <td colspan="2"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table> </td> </tr> </table>				1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas		A-Contribución Retenida		B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas		<input checked="" type="radio"/> SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/NW-2PR, 499R-2C/NW-2CPR o W-2, según aplique).		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1,138</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table>		1,138	00	0	00	0	00	0	00	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>23,566</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table>		23,566	00	0	00	0	00	0	00	<input checked="" type="radio"/> Total de comprobantes con esta planilla .. 1		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1,138</td><td>00</td></tr> </table>		1,138	00	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>23,566</td><td>00</td></tr> </table>		23,566	00	C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)		Contribución Retenida		Salarios Federales		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table>		0	00	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table>		0	00	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table>		0	00
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas		A-Contribución Retenida		B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas																																																									
<input checked="" type="radio"/> SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/NW-2PR, 499R-2C/NW-2CPR o W-2, según aplique).		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1,138</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table>		1,138	00	0	00	0	00	0	00	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>23,566</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table>		23,566	00	0	00	0	00	0	00																																								
1,138	00																																																												
0	00																																																												
0	00																																																												
0	00																																																												
23,566	00																																																												
0	00																																																												
0	00																																																												
0	00																																																												
<input checked="" type="radio"/> Total de comprobantes con esta planilla .. 1		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1,138</td><td>00</td></tr> </table>		1,138	00	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>23,566</td><td>00</td></tr> </table>		23,566	00																																																				
1,138	00																																																												
23,566	00																																																												
C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)		Contribución Retenida		Salarios Federales																																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table>		0	00	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table>		0	00	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table>		0	00																																																		
0	00																																																												
0	00																																																												
0	00																																																												
Encasillado 2 2. Otros Ingresos (o Pérdidas): A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10) (03) 0 00 B) Participación distribuable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R) (04) 0 00 C) Participación distribuable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R) (05) 0 00 D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A) (06) 0 00 E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B) (07) 0 00 F) Participación distribuable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo) (08) 0 00 G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D) (09) 0 00 H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo) (10) 0 00 I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo) (11) 0 00 J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) (12) 0 00 K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (13) 0 00 L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____) (14) (15) 0 00 M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo) (16) 0 00 N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo) (17) 0 00 O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo) (18) 894 00 P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo) (19) 0 00																																																													

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y HACIENDA - DEPARTMENT OF TREASURY AND LABOR		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y HACIENDA - INFORMATION FOR THE TREASURY AND LABOR DEPARTMENT	
1. Nombre - First Name JOSE R		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
2. Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
3. Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR 00769		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 23,566	
4. Número de Ident. Patronal - Employer Ident. No. (EIN) 00-0000000		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 341	
5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension 01/01/2010		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0		22. Contrib. Medicare no Retenida Medicare Tax on Tips 0	
7. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPARTAMENTO DE EDUCACION HA TO REMPR		23. Contrib. Medicare no Retenida Medicare Tax on Tips 0	
8. Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 0000000000		24. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 0	
9. Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: 00000000		25. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 0	
10. Número Control - Control Number 107609294		26. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 0	
11. Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 Instrucciones al dorso de Copia D - Instructions on back of Copy D		27. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 0	

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769 SS: 581-27097		# Empleado: 581-27097 Dept: 8005021-Ponce Coamo Lugar: Purificacion Rodriguez Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$1,850.00 Monthly	PAGO: SM -Quincenal Desde: 02/05/2009 Hasta: 02/18/2009	Aviso #: 3239821 Fecha Aviso: 02/13/2009
DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Single Claiming: no personal exem Concesiones: 0 Pct. Adcl.: 0 Cant. Adcl.:				

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
		Corriente		Acumulado				
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			925.00	180.00	2,775.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	13.41	40.24
						PR Withholding	50.75	152.25
Total:			925.00	180.00	2,775.00	Total:		64.16 192.49
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	83.25	249.75	SM-Preferred Health	130.00	390.00	GPR Plan de Retiro de Maestro	78.63	235.89
						FSED Disability Plan	15.73	47.19
						SM-Preferred Health	0.00	120.00
Total:		83.25 249.75	Total:		130.00 390.00	* Tributable		
TOTAL BRUTO		BRUTO TRIBUT. FED		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES		PAGA NETA
Corriente:	925.00		0.00		64.16		213.25	647.59
Acumulado:	2,775.00		0.00		192.49		639.75	1,942.76
PTO HORAS		ACUM.		DISTRIBUCION PAGA NETA				
Balance Inicial:	0.0			Aviso #3239821				647.59
+ Ganada:				Total:				647.59
+ Compra:								
- Usada:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:	0.0							

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
 Avenida Teniente Cesar Gonzalez
 Esquina Calaf
 HATO REY, PR 00919

Fecha
 02/13/2009

Aviso No.
 3239821

Cant. Deposito: \$647.59

A la
 Cuenta(s) De

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
 URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
 COAMO, PR 00769

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	072134828	\$647.59

Formulario 482 Rev. 11.08

FORMA LARGA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador: _____ Revisor: _____		2008 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2008 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2008 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2008 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2008		<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año	
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		Nombre del Contribuyente: JOSE Inicial: R Apellido Paterno: SANTIAGO MELENDEZ Apellido Materno: _____		Número de Seguro Social Contribuyente: _____	
Dirección Postal: URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR Código Postal: 00769		Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año		Sello de Pago	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí". Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____		Número de Seguro Social Cónyuge: _____		Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Día Mes Año	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR Código Postal: 00769		Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Día Mes Año		Teléfono Residencia: (787) 453-7056 Teléfono del Trabajo: _____	
Correo Electrónico (E-Mail): _____		CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		Número de Recibo: _____ Importe: _____	

Encasillado 1	SI NO A. <input type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="radio"/> ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? D. <input type="radio"/> ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? E. <input type="radio"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) F. <input type="radio"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input checked="" type="radio"/> Soltero 5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)	
	FUENTE DE MAYOR INGRESO: G. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas H. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal I. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada Su ocupación: Maestro de Escuela Código: 6110 Ocupación cónyuge: _____		J. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado K. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)	
	CONTRATO GOBIERNO <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE		PLANILLA 2009 <input type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	
	<input type="radio"/> Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo CO Individuo.			

☐ Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo CO Individuo.

Encasillado 2	Sello de Recibo Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE HACIENDA 1166 Colección Coamo RECIBIDO APR 07 2009 SIN PAGO		1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 00 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique). 01 Total de comprobantes con esta planilla .. 1		A-Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">1,445</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">1,445</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>		1,445	00	00	00	00	00	00	00	1,445	00	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">25,110</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">25,110</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>		25,110	00	00	00	00	00	00	00	25,110	00
	1,445	00																										
	00	00																										
	00	00																										
00	00																											
1,445	00																											
25,110	00																											
00	00																											
00	00																											
00	00																											
25,110	00																											
C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)		Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>		00	Salarios Federales <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>		00																					
00																												
00																												
2. Otros Ingresos (o Pérdidas):		(03)		(04)																								
A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10)		(05)		(06)																								

Encasillado 2	B) Participación distributable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R)		(07)		(08)	
	C) Participación distributable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)		(09)		(10)	
	D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A)		(11)		(12)	
	E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B)		(13)		(14)	
	F) Participación distributable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo)		(15)		(16)	
	G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D)		(17)		(18)	
	H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo)		(19)		(20)	
	I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo)		(21)		(22)	
	J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)		(23)		(24)	
	K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)		(25)		(26)	
	L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____) (14)		(27)		(28)	
	M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)		(29)		(30)	
	N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)		(31)		(32)	

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
7. Sueldos - Wages 25110.26		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25110.26	
10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 364.10	
11. Total=7+8+9+10 25110.26		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1445.02		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1980.98			
15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			

1. Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 0000-0000
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) 000000000
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150542 P RODRIGUE DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2008 Year:
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year	
Número de Control - Control Number 017555278	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 10.07

FORMA LARGA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador: _____ Revisor: _____ 2007 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2007 DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2007 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 07 Y TERMINADO EL 31 de dic de 07				<input type="radio"/> PLANILLA EN MENUDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ Día Mes Año	
Nombre del Contribuyente: Jose Santiago Melendez Dirección Postal: Villa Madrid #18 Calle 4 Coamo P.R. Código Postal: 00769 "coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Número de Seguro Social Contribuyente: 58137288 Fecha de Nacimiento: 08-27-80 Sexo: M Día Mes Año Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Día Mes Año Teléfono Residencia: () - _____ Teléfono del Trabajo: () - _____ CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		Sello de Pago: Número de Recibo: 07084 Importe: 7800	
Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): _____ Código Postal: _____ Correo Electrónico (E-Mail): _____					

Encasillado 1

- SI NO
- A. ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- B. ☐ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- C. ☐ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- D. ☐ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- E. ☐ ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)
- F. ☐ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)
3. ☐ Jefe de familia (No para casados)
4. ☒ Soltero
5. ☐ Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- G. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas
- H. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- I. ☐ Empleado de Empresa Privada

- J. ☐ Retirado/Pensionado
- K. ☐ Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)

CONTRATO GOBIERNO

☐ CONTRIBUYENTE ☐ CONYUGE

PLANILLA 2008

☒ ESPAÑOL ☐ INGLES

Su ocupación: _____ Ocupación cónyuge: _____

Sello de Recibido



1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
- ☒ SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

☒ Total de comprobantes con esta planilla .. 2

A-Contribución Retenida

1,181	00
308	00
	00
	00

Contribución Retenida

1,489	00
	00

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

21,738	00
2,500	00
	00
	00

Salarios Federales

	00
--	----

C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01) _____ (02) _____

2. Otros Ingresos (o Pérdidas):

- | | |
|---|----------|
| A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10) (03) _____
B) Participación distribible en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R) (04) _____
C) Participación distribible en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R) (05) _____
D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A) (06) _____
E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B) (07) _____
F) Participación distribible en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo) (08) _____
G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D) (09) _____
H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo) (10) _____
I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo) (11) _____
J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) (12) _____
K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (13) _____
L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____) (14) (15) _____
M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo) (16) _____
N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo) (17) _____
O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo) (18) _____
P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo) (19) _____
Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo) (20) _____
R) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo Q1) (21) _____ | 5,570 00 |
|---|----------|

Encasillado 2

nulario
n 499R-2/W-2 PR
. 06.07


ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

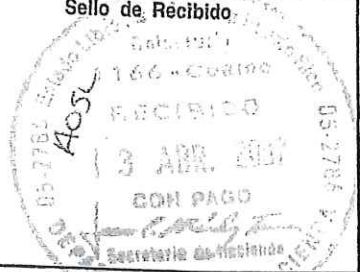
1. Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 581-37-2637	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) 18-0000000	7. Sueldos - Wages 21737.50		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21737.50	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2007 Year:	10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 315.19	
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year			11. Total=7+8+9+10 21737.50		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 45472726			12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
			13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1181.60		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
			14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1866.48			
			15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
			16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 09.06

FORMA LARGA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador: _____ Revisor: _____ 2006 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2006 DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2006 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2006 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2006				<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ Día Mes Año Sello de Pago	
Nombre del Contribuyente: José R. Dirección Postal: Villa Madrid 2-18 calle #4 Coamo, P.R. Código Postal: 00769		Número de Seguro Social Contribuyente: 501-332-079 Fecha de Nacimiento: 28-01-1973 Día Mes Año Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Día Mes Año Teléfono Residencia: () - _____ Teléfono del Trabajo: () - _____ CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí". Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): _____ Código Postal: _____ Correo Electrónico (E-Mail): _____		Número de Recibo: 09011 Importe: P.3-00			

Encasillado 1	SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? D. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? E. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) F. <input checked="" type="radio"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input checked="" type="radio"/> Soltero 5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)	
	FUENTE DE MAYOR INGRESO: G. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas H. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal I. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada Su ocupación: Maestro		J. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado K. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) CONTRATO GOBIERNO <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE PLANILLA 2007 <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	
	Ocupación cónyuge: 6110			

Encasillado 2	Sello de Recibido: 		1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <input checked="" type="radio"/> SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). <input type="radio"/> Total de comprobantes con esta planilla .. 2		A-Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;">1,444</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>		1,444	00		00		00		00		00	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;">21,550</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>		21,550	00		00		00		00		00
	1,444	00																										
		00																										
		00																										
	00																											
	00																											
21,550	00																											
	00																											
	00																											
	00																											
	00																											
				Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;">1,444</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>		1,444	00		00	Salarios Federales <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;">21,550</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>		21,550	00		00		00		00		00							
1,444	00																											
	00																											
21,550	00																											
	00																											
	00																											
	00																											
	00																											
				(01) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(02) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00																	
	00																											
	00																											
				(03) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(04) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00																	
	00																											
	00																											

C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(02) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
2. Otros Ingresos (o Pérdidas): A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10) (03) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(04) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
B) Participación distribuible en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R) (04) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(05) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
C) Participación distribuible en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R) (05) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(06) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, líneas 1A a 1C, según aplique) (06) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(07) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3D) (07) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(08) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
F) Participación distribuible en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo) (08) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(09) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1E) (09) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(10) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo) (10) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(11) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo) (11) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(12) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) (12) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(13) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (13) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(14) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14) (15) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(16) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo) (16) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(17) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo) (17) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(18) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo) (18) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(19) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo) (19) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(20) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo) (20) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(21) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						
R) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1) (21) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00	(22) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td style="text-align: right;"> </td><td style="text-align: right;">00</td></tr> </table>			00
	00						
	00						

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal # Cheque: 02116181
Desde: 12/01/2005
Hasta: 12/01/2005 Fecha: 11/28/2005

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
COAMO PR 00769

Empleado: 50225097
Dept: 8005021-Ponce Commo
Oficina: Rio Jueyes
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Sueldo: \$1,700.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Single Claiming no personal exem
Concesiones: 0
Pct. Adcl.: 0
Cant. Adcl.: 0

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente Horas	Ingresos	Acumulado Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Bono de Navidad			1,000.00		1,000.00	Fed MED/EE	14.50	276.08
Pago de Salarios Regulares			0.00	1,206.00	16,825.00	PR Withholding	80.00	1,258.24
Pago Retroactivo Regular			0.00		1,215.00			
Total:						Total:		
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,623.67				FSED Disability Plan	17.00	323.72
						GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,533.44
						SM-Plan Hospital Menonita	0.00	700.00
Total:			Total:			Total:		
TOTAL BRUTO			TOTAL IMPUESTOS			DEDUCCIONES TOTALES		
Corriente:	1,000.00			94.50			0.00	905.50
Acumulado:		19,040.00			1,534.32		1,623.67	15,882.01
ETG HORAS			DISTRIBUCION PAGA NETA					
Balance Inicial:	0.0		Cheque #02116181					
+ Acumulado:			Total:					
- Utilizado:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:	0.0							

MENSAJE: " QUE EL PROXIMO A&O TE COLME DE PAZ, PROSPERIDAD Y VERDADERO PROGRESO A TI Y A TU FAMILIA . "

Formulario 481 H-v. 05.04

Entreguez Completamente los Oros. Ejempl

PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FUJAR CHEQUE)

FORMA CORTA

Liquidador	R	M	V1	V2	P1	
Revisor	P2	N	D	E	A	G

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESO

AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL

de Enero de 2004 y terminado el 31 de Dic de 04

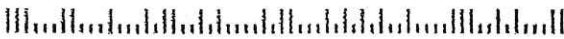
PLANILLA ENmendada

PALEADO DURANTE EL AÑO

Sello de Pago

Número de Seguro Social

Número de Seguro Social Cónyuge



138025 S2323 P1 *****5-DIGIT 00769
SANTIAGO MELENDEZ, JOSE R C E
VILLA MADRID
Z18 CALLE 4
COAMO, PR 00769-2758

Sexo: ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento Contribuyente

23 01 1973

Día Mes Año

Fecha de Nacimiento Cónyuge

Día Mes Año

Cambio de Dirección: ☐ SI ☒ No

Planilla 2005: ☒ Estado ☐ Ingres

Número de Dirección Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Urb. Villa Madrid
Calle #4, Z-18
Coamo, P.R.

Código Postal 00769

Teléfono Residencia

787-8253848

Teléfono Oficina

Número de Recibo 06233

Importe 202.00

Código Electrónico 15-04-04

Encasillado 1

SI NO

- ☒ Ciudadano de Estados Unidos?
- ☒ Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- ☒ Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- ☒ Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- ☒ Otros ingresos exentos de contribución?
- ☒ Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- ☒ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
- ☐ Empleado del Gobierno Federal
- ☐ Empleado de Empresa Privada
- ☐ Retirado/Pensionado

OCUPACION (Anoté el Código):

Contribuyente
Maestro 6110

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:

- ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
- ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)
- ☐ Jefe de familia (No para casados)
- ☐ Soltero

Sello de Recibido



Encasillado 2

- Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION
(Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique).

A-Contribución Retenida

1,249.
212.

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

19,380.
3,520.

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 01

2 01,461

22,900

Contribución Retenida

Sueldos y Propinas

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)

Formulario
Form 499R-2W-2 PR
Rev. 05.04

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL
DEPARTAMENTO DE
HACIENDA
DEPARTMENT OF THE
TREASURY INFORMATION

SECCION
SOCIAL SECURITY
INFORMATION

1. Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 88-1234567	8. Sueldos - Wages 19,380.45	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 19,380.45
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002158131 ESC URB NU DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 88-1234567	11. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 281.02
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 19,380.45	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2004 Year: 2004	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
Número de Control - Control Number 39190603		14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,249.03	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,654.31	
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

08578486

VEA INSTRUCCIONES AL DORSO - SEE INSTRUCTIONS ON BACK
CUADRUPLICADO PARA QUIEN RECIBE EL PAGO - QUADRUPPLICATE FOR THE PAYEE'S RECORD

COMPUTER EXPERT GROUP

INSTRUCCIONES

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos:

- * todo individuo soltero (o casado, pero que no vivía con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto de más de \$3,300;
- * todo individuo casado que vivía con su cónyuge, que durante el año contributivo tuviere individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

PENALIDAD - El Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Cualquier persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla o declaración, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, en adición a otras penalidades provistas por el Código, será culpable de un delito menos grave y castigada con multa no mayor de \$500 o reclusión por un término no mayor de seis meses, o ambas penas, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos) con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, en adición a otras penalidades provistas por el Código, será culpable de un delito grave y castigada con multa no mayor de \$20,000 o reclusión por un término fijo de tres años. De mediar circunstancia agravantes, la pena establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco años. De mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un máximo de dos años, o ambas penas, a discreción del Tribunal, más las costas del proceso.

Todo individuo que reciba esta declaración, debe rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos - Forma Larga. Además, le recordamos que la cantidad retenida puede reclamarse como crédito contra la contribución a pagar.

INSTRUCTIONS

The income tax returns must be filed by:

- * every individual single (or married, one who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income of more than \$3,300;
- * every married individual who lives with his/her spouse, who during the taxable year had individually or jointly, a gross income of more than \$6,000.

PENALTY - The Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: Any person liable under any Subtitle of the Code to file a return or statement, who willfully fails to file such return or statement within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$500 or by imprisonment for a term of not more than six months, or both penalties plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return or statement (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations) with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a felony and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$20,000 or imprisonment for a fixed term of three years. If there were aggravating circumstances, the established penalty may be increased to a maximum of five years. If there were extenuating circumstances, it may be reduced to a maximum of two years, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution.

PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Réplica

24 de febrero de 2020

rafa.lucha@hotmail.com

José R. Santiago Meléndez

Urbanización Villa Madrid B-9 Calle #2

Coamo, Puerto Rico, 00769

Teléfono (787) 453-7056

INTAKE DROP BOX
RECEIVED & FILED

2020 MAR 10 PM 12:27

CLERK'S OFFICE
U.S. DISTRICT COURT
SAN JUAN, P.R.

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISION Y ADMINISTRACION
FINANCIERA PARA PUERTO RICO.

Como representante de:
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y Otros

PROMESA, Título III

Número 17 BK 3283-LTS

La presente radicación guarda relación con el ELA
y el SRE

Epígrafe

NOTIFICACION DE LA NONAGESIMA PRIERA OBJECCION GLOBAL (NO SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y DEL SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO A RECLAMOS DEFICIENTES EN LOS QUE SE ALEGAN INTERESES SOBRE LA BASE DE LAS LEYES PUERTORRIQUEÑAS NO ESPECIFICADAS.

Número de reclamación: 157796

Mediante esta misiva solicito al **Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico**, que declare a lugar la objeción global en relación al reclamo por el pago de la **Ley #89 Romerazo**, ya que el mismo no fue adjudicado ni pagado por la Ley de Quiebras de Puerto Rico.

Trabajo para el Gobierno de Puerto Rico, Rico en la Agencia del Departamento de Educación durante desde el año 2000 hasta el presente, sin recibir el pago por el aumento o incentivo del gobierno para ese entonces. Estimo que durante esos años se me adeuda la cantidad aproximada de **\$ 19,200**.

También deseo solicitar al tribunal que sea diligente y acepte mi objeción por estar fuera de la fecha indicada. El haber excedido la fecha límite se debe a las consecuencias de los temblores y sismos que han ocurrido en Puerto Rico; por tanto no se pudo enviar en o antes del 18 de febrero de 2020. Por consiguiente no estaba la información completa en su totalidad en la réplica. Se adjunta documentación justificativa para evidenciar la objeción. Tal documentación son mis planillas desde el año 2004 hasta el año 2019 o talonarios lo que aplique, donde se demuestra que laboré para el Gobierno de Puerto Rico el cual nunca me otorgó el aumento que por ley me correspondía.

Cordialmente,


José R. Santiago Meléndez

**TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO**

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISIÓN Y ADMINISTRACIÓN
FINANCIERA PARA PUERTO RICO,

como representante de

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y
otros,

Deudores.

PROMESA,
Título III

Núm. 17 BK 3283-LTS

(Administrada conjuntamente)

**La presente radicación guarda
relación con el ELA y el SRE.**

**NOTIFICACIÓN DE LA NONAGÉSIMA PRIMERA OBJECCIÓN GLOBAL (NO
SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y DEL
SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE
ASOCIADO DE PUERTO RICO A RECLAMOS DEFICIENTES EN LOS QUE SE
ALEGAN INTERESES SOBRE LA BASE DE LAS LEYES PUERTORRIQUEÑAS NO
ESPECIFICADAS**

**SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO EN EL ANEXO A DE LA OBJECCIÓN GLOBAL, EL
ELA Y EL SRE SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE
LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.**

**SI SU RECLAMO ES MENCIONADO EN EL ANEXO A, DEBERÁ LEER
DETENIDAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN Y LA OBJECCIÓN GLOBAL Y
COMENTARLAS CON SU ABOGADO. SI NO TIENE ABOGADO, ES POSIBLE QUE
DESEE ACUDIR A UNO.**

OBSÉRVESE QUE el 24 de octubre de 2019, el Estado Libre Asociado de Puerto (el "ELA") y el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico ("SRE"), a través de la Junta de Supervisión y Administración Financiera para Puerto Rico (la "Junta de Supervisión"), como representante del ELA y del SRE conforme al artículo 315(b) de la Ley para la Supervisión, Administración y Estabilidad Económica de Puerto Rico ("PROMESA"),¹ radicaron la *Nonagésima objeción global (no sustantiva) del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y del Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto a los Reclamos deficientes en los que se alegan intereses sobre la base de las*

¹ PROMESA ha sido codificada en el Título 48 U.S.C., §§ 2101-2241.

leyes puertorriqueñas no especificadas (la "Objeción global") ante el Tribunal de Distrito de los Estados para el Distrito de Puerto Rico (el "Tribunal").²

SÍNTESIS

- **COMPRUEBE SI SU(S) RECLAMO(S) SE MENCIONA(N) EN EL ANEXO A DE LA OBJECCIÓN GLOBAL.**
- Si su(s) reclamo(s) **NO** se menciona(n) en el Anexo A, la Objeción global no afectará a su reclamo, por lo que **NO** tendrá que realizar ninguna acción.
- Si su(s) reclamo(s) se menciona(n) en el Anexo A de la Objeción global, el ELA y el SRE solicitan que su(s) reclamo(s) que se mencione(n) en el Anexo A sea(n) rechazado(s) porque, como se explicó en la Objeción global que acompaña este documento, el expediente de los Deudores indican que su reclamo es deficiente. La Objeción global y el Anexo A de la objeción global proporcionan detalles adicionales sobre los reclamos deficientes en cuestión.
- Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>.
- Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

SI NO CONTESTA CONFORME A LA PRESENTE NOTIFICACIÓN, EL TRIBUNAL PODRÁ CONCEDER EL REMEDIO SOLICITADO EN LA OBJECCIÓN GLOBAL SIN OTRA NOTIFICACIÓN NI VISTA.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE CONFORME A LA REGLA LOCAL 3007-1

Cualquiera de las partes a la que se haya notificado la presente Objeción global, o cualquier otra parte de la acción que objete al remedio aquí solicitado, deberá radicar y enviar una réplica a la Objeción global a la secretaría del Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico antes de las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE. Si no se radica ninguna réplica en el plazo mencionado, se considerará que no se ha opuesto a la Objeción global, por lo que esta podrá ser declarada ha lugar, salvo que: 1) el remedio solicitado esté legalmente prohibido; 2) el remedio solicitado sea contrario al orden público; o 3) a criterio del Tribunal, el interés de la justicia exija otra cosa. Si radica una réplica en tiempo, el Tribunal podrá convocar una vista.

² Los términos en mayúscula utilizados que no estén definidos en el presente documento tendrán el significado que les haya sido atribuido en la Objeción global.

Información muy importante relativa a la elección, por parte de las Demandantes, para radicar una réplica

Quién tiene la obligación de radicar una réplica. Cualquiera de las partes que impugne la Objeción global tiene la obligación de radicar una respuesta de conformidad con los procedimientos aquí establecidos. Si la parte cuyo reclamo quede sujeto a la Objeción global no radica ni notifica una réplica de conformidad con los procedimientos aquí establecidos, el Tribunal podrá declarar ha lugar a la Objeción global en relación con tal reclamo sin más notificaciones a la demandante.

Quién NO tiene la obligación de radicar una réplica. Si usted no se opone al remedio solicitado en la Objeción global, no tendrá que radicar ninguna réplica por escrito a la Objeción global ni tendrá que comparecer en la vista sobre la Objeción global (según se explica abajo). Además, la Objeción global solo se aplica a los reclamos mencionados en el Anexo A relativo a la Objeción global, cuya copia está disponible en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si su reclamo no se menciona en el Anexo A de la Objeción global, no será necesario radicar ninguna réplica.

Fecha límite para radicar una réplica. Su réplica se considerará radicada dentro de los plazos establecidos solo si la radica ante el Tribunal y la notifica antes de las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE, o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

La fecha límite para radicar y notificar una réplica se cumple a las 04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019.

Vista sobre la Objeción global. Si se radica y notifica una réplica de manera adecuada conforme a la presente notificación, se celebrará una vista sobre la Objeción global y la réplica a las **09:30 a.m. (AST) del 11 de diciembre de 2019** ante su señoría, Laura Taylor Swain, en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico, 150 Carlos Chardón Street, Federal Building, San Juan, Puerto Rico 00918-1767. Si radica una réplica a la Objeción global, deberá hacer planes para comparecer en la vista sobre la Objeción global. Sin embargo, el ELA y el SRE se reservan el derecho, previa notificación con tres (3) días hábiles de antelación, a paralizar la vista sobre la Objeción global y la réplica.

Los Deudores podrán radicar una contestación a su réplica o contestación en un alegato oral durante la vista. Los Deudores podrán radicar su contestación en un plazo máximo de siete (7) días naturales antes de la celebración de la vista sobre la Objeción global y la réplica.

EL TRIBUNAL SOLO TENDRÁ EN CONSIDERACIÓN SU RÉPLICA SI ESTA SE RADICA y NOTIFICA ANTES DE LA FECHA LÍMITE PARA RESPONDER DE CONFORMIDAD CON LAS INSTRUCCIONES ESTABLECIDAS EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN.

Lo que hay que radicar con la réplica. Su réplica a la Objeción global deberá contener la siguiente información:

- (i) **Datos de contacto.** La réplica deberá contener el **nombre**, la **dirección**, el **número de teléfono** y la **dirección de correo electrónico** 1) de la demandante que responda; 2) del abogado o representante designado de la demandante al que los abogados del ELA del SRE deban notificar una respuesta a la réplica, en su caso; o 3) de la parte con potestad para reconciliar, llegar a un acuerdo o de otro modo resolver la Objeción global en nombre de la demandante.
- (ii) **Epígrafe.** La réplica deberá contener un epígrafe que incluya el nombre del Tribunal, los nombres de los Deudores, el número de procedimiento, el Título de la Objeción global con la que guarde relación la réplica, y el/los número(s) de las evidencias de reclamos relacionados de Prime Clerk (que se enumeran en el Anexo A de la Objeción global y están disponibles en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>).
- (iii) **Motivo(s) para oponerse a la Objeción global.** La réplica deberá explicar con concisión los motivos por los que el Tribunal no debe declarar ha lugar a la Objeción global a su reclamo, incluidos los fundamentos de hecho y de derecho que la demandante vaya a invocar al oponerse a la Objeción global.
- (iv) **Documentación justificativa.** Si ya no está incluida en la evidencia de reclamo, la contestación deberá contener una copia de cualquier otra documentación u otras evidencias relativas al reclamo que la demandante vaya a invocar al oponerse a la Objeción global; con la salvedad de que la demandante no tendrá que revelar en la contestación ninguna información confidencial o reservada o que esté protegida de cualquier otra forma; y también con la salvedad de que la demandante revelará al ELA y al SRE toda la información y proporcionará copias de la totalidad de los documentos que considere que son confidenciales o reservados o que estén protegidos de cualquier otra forma y que tenga la intención de invocar en apoyo de su reclamo, con sujeción a las restricciones de confidencialidad pertinentes.

Dónde y cómo radicar y notificar una réplica. Todas las réplicas deberán radicarse de forma electrónica ante el Tribunal con el nombre de expediente *En el asunto de: Estado Libre Asociado de Puerto Rico*, núm. de procedimiento 17 BK 3283-LTS. Hay dos métodos que puede utilizar para radicar su réplica:

1. **En línea.** Los usuarios inscritos en el sistema del Tribunal de radicación de causas deberán radicar su réplica de forma electrónica en un formato de documento que permita hacer búsquedas.
2. **Por correo postal.** Si usted no es un abogado que sea usuario inscrito en el sistema del Tribunal de radicación de causas, podrá radicar y notificar una réplica por correo postal dirigida a la Secretaría del Tribunal, a la Junta de Supervisión y al Comité de Acreedores a las siguientes direcciones:

Secretaría (*Clerk's Office*)
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
Room 150 Federal Building
San Juan (Puerto Rico) 00918-1767

Abogado de la Junta de Supervisión (*Counsel for the Oversight Board*)
Proskauer Rose LLP
Eleven Times Square
Nueva York, Nueva York 10036-8299
A/A: Martin J. Bienenstock
Brian S. Rosen

Abogado del Comité de Acreedores (*Counsel for the Creditors' Committee*)
Paul Hastings LLP
200 Park Avenue
Nueva York, Nueva York 10166
A/A: Luc A. Despins
James Bliss
James Worthington
G. Alexander Bongartz

SU RÉPLICA deberá enviarse para que se reciba por la Secretaría, la Junta de Supervisión y el Comité de Acreedores a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

Si no puede radicar y notificar una réplica en línea o por correo postal, según se especificó anteriormente, podrá radicar una réplica en persona en la siguiente dirección a más tardar a las **04:00 p.m. (AST) del 26 de noviembre de 2019**, salvo extensión por escrito por parte del ELA o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite:

Secretaría (*Clerk's Office*)
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
#150 Chardon Avenue
Federal Building
San Juan (Puerto Rico) 00918

Su réplica deberá incluir un certificado de notificación que indique la forma en la que se ha efectuado la notificación.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo radicar y notificar una réplica, incluidas preguntas sobre el sistema del tribunal de radicación de causas, comuníquese con **Prime Clerk** llamando al **número directo (844) 822-9231**.

Reserva de derechos. NINGUNA DISPOSICIÓN CONTENIDA EN LA OBJECCIÓN GLOBAL O EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN SE CONSIDERA NI CONSIDERARÁ QUE

CONSTITUYE UNA RENUNCIA A CUALESQUIERA DERECHOS DEL ELA O DEL CRE, O DE CUALQUIER OTRA PARTE AFECTADA EN LAS CAUSAS RADICADAS CONFORME AL TÍTULO III, A IMPUGNAR CUALESQUIERA RECLAMOS; A HACER VALER CONTRARECLAMOS, DERECHOS A COMPENSACIÓN O RECUPERACIÓN, O CONTESTACIONES; A OBJETAR A RECLAMOS (O A OTROS RECLAMOS O CAUSAS RADICADAS DE UNA DEMANDANTE) ADUCIENDO CUALQUIER MOTIVO QUE NO SE HAYA ALEGADO PREVIAMENTE EN UNA OBJECCIÓN, SALVO QUE EL TRIBUNAL HAYA DECLARADO HA LUGAR A UN RECLAMO U ORDENADO OTRA COSA; O A SOLICITAR QUE SE DECLARE HA LUGAR CUALQUIER RECLAMO EN EL FUTURO. A SU DEBIDO TIEMPO, LAS PARTES AFECTADAS RECIBIRÁN LA NOTIFICACIÓN PERTINENTE DE TODO ELLO.

Recursos adicionales y con quién comunicarse en el caso de que tenga que formular preguntas

Todos los documentos enviados en el marco de las causas radicadas conforme al Título III, incluidas copias de los reclamos radicados utilizando CM/ECF, se encuentran disponibles en línea, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. El mantenimiento de dicho sitio web lo realiza Prime Clerk; el sitio web incluye una base de datos que permite efectuar búsquedas y que ayuda a localizar documentos.

Para obtener información adicional sobre la Objeción global, el estado de su réplica, su reclamo o la presente notificación, comuníquese con Prime Clerk llamando a su número directo (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o al (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponibles entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español). También podrá enviar consultas a la siguiente dirección de correo electrónico: puertoricoinfo@primeclerk.com.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Escuela Purificación Rodríguez Torres

Distrito Escolar de Santa Isabel – Municipio de Coamo

Oficina del Director
Dr. Angel Santiago Rivera

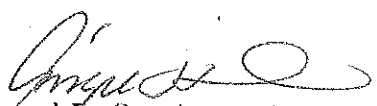
4 de marzo de 2020

A Quien Pueda Interesar:

Por la presente certifico, que el Sr. José R. Santiago Meléndez trabaja en la Escuela Purificación Rodríguez Torres, Distrito Escolar de Coamo en calidad de Maestro. Dicho empleado comenzó a trabajar en nuestra escuela en septiembre de 2000 hasta el presente año.

Cualquier duda al respecto, favor comunicarse al teléfono 787-825-1684.

Cordialmente,


Angel L. Santiago Rivera, Ed.D
Director Escolar




P.O. Box 2438 - Coamo, Puerto Rico 00769 - Tel. 787-825-1684 - d50542@de.pr.gov

El éxito comienza con la voluntad. Y la voluntad se alcanza con la perseverancia. Voluntad, Perseverancia, Éxito

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión o acoso.



Formulario 482 Rev. 23 oct 18

Liquidador		Revisor		2018 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2018 PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2018 O AÑO COMENZADO EL		Número de Serie 1985767	
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M 1 de enero de 2018 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2018								PLANILLA ENMENDADA FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/>	
Nombre del Contribuyente JOSE		Inicial R		Apellido Paterno SANTIAGO		Apellido Materno MELENDEZ		Número de Seguro Social Contribuyente 504-07-0007	
Dirección Postal Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4								Fecha de Nacimiento 10/10/1975 Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Número de Seguro Social Cónyuge 504-07-0007 Fecha de Nacimiento del Cónyuge 10/10/1975 Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Teléfono Residencia 7874537056 Teléfono del Trabajo _____	
Coamo PR Código Postal 00769-0000								Sello de Recibido 	
Nombre e Inicial del Cónyuge MARTA I		Apellido Paterno RIVERA		Apellido Materno ESPADA				CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4								CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge	
Coamo PR Código Postal 00769-0000									
Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@hotmail.com									
Cuestionario									
A. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día) 2. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día) 3. <input type="checkbox"/> No residente durante todo el año C. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): 1. <input type="checkbox"/> Atribuible al contribuyente \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> Atribuible al cónyuge \$ _____ D. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día) H. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="checkbox"/> Contribuyente (Núm. decreto) 2. <input type="checkbox"/> Cónyuge (Núm. decreto)									
I. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="checkbox"/> Otro _____									
J. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 8110 Ocupación del cónyuge Otros Oficios o Profesiones 8110									
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.									
Reintegro									
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 (01) 819 00 A) Acreditar a la contribución estimada 2019 (02) 0 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03) 0 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 0 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 819 00 (06) 0 00 (07) 0 00									
Pago									
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (08) 0 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (09) 0 00 (b) Intereses (09) 0 00 (c) Recargos 0 y Penalidades 0 (10) 0 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) 0 00									
Depósito									
Tipo de cuenta <input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 021502011 Número de su cuenta 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)									
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.									
Firma del Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente				Fecha 02-04-2019		Firma del Cónyuge <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente		Fecha 02-04-2019	
Nombre del Especialista (Letra de Molde) Luis A Torres				Nombre de la Firma o Negocio Luis A Torres		Número de Depósito			

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.18



GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE R	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 000-00-0000
Apellido(s) - Last Name(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 000-00-0000
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR 00769-0000	5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: 28-01-1973	6. Donativos Charitable Contributions 0
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION ESQUINA CALAF San Juan PR 00919	Patrono: - Employer: Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for: A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017 B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services C- <input type="checkbox"/> Otros / Others: Año: 2018 Year:
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number F0717193216	
Número Control - Control Number 180048817	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31	

INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION

7. Sueldos - Wages 27,467
8. Comisiones - Commissions 0
9. Concesiones - Allowances 0
10. Propinas - Tips 0
11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 27,467
12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0
13. Cont. Retenida - Tax Withheld 835
14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,397
15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS 0
Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 16. 0
16A. 0
16B. 0
16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0

INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY INFORMATION

17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0
18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0
19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 27,467
20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 398
21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0
22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0
23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0

<input checked="" type="checkbox"/>	W2
<input type="checkbox"/>	W2C

Planilla Radicada Electrónicamente

Formulario 482 Rev. 4 dic 17

FORMA ÚNICA		2017		GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2017		Número de Serie				
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2017 O AÑO COMENZADO EL								
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M
1 de enero de 2017 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2017												
Nombre del Contribuyente		Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente				
JOSE		R		SANTIAGO		MELENDEZ		<input checked="" type="checkbox"/> PLANILLA ENmendada <input type="checkbox"/> FALLECIDO DÚRANTE EL AÑO: Día Mes Año <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: Día Mes Año)				
Dirección Postal		Código Postal		Fecha de Nacimiento		Sexo		Sello de Recibo				
Urb VILLA MADRID		00769		29/12/1979		M		05/04/2018 03:50:02 PM				
Z18 Calle 4				Día Mes Año		F						
Coamo PR				Número de Seguro Social Cónyuge		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo del Cónyuge				
				29/12/1979		M		F				
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno		Teléfono Residencia		Teléfono del Trabajo				
MARTA		I		RIVERA		ESPADA		(787) 453-7056				
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		Código Postal		Cambio de Dirección: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Solicitó Prórroga: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Contrato Gobierno: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge				
Urb VILLA MADRID		00769										
Z18 Calle 4												
Coamo PR												
Correo Electrónico (E-Mail)		Código Postal		Cambio de Dirección: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Solicitó Prórroga: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Contrato Gobierno: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge				
raia.lucha@hotmail.com		00769										

Cuestionario	A. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones)		1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas		4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado	
	B. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año?		2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal		5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)	
	Si contestó "No", indique una de las siguientes:		3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada		6. <input type="checkbox"/> Otro	
	1. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día Mes Año)					
	2. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día Mes Año)					
	3. <input type="checkbox"/> No residente durante todo el año					
	C. <input type="checkbox"/> ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad):		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:			
	1. <input type="checkbox"/> Atribuible al contribuyente \$					
	2. <input type="checkbox"/> Atribuible al cónyuge \$		<input checked="" type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)			
	D. <input type="checkbox"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)		<input type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es:			
E. <input type="checkbox"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)		<input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge)				
F. <input type="checkbox"/> ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal?		<input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)				
G. <input type="checkbox"/> ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día Mes Año)		Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110				
H. <input type="checkbox"/> ¿Medico cualificado bajo la Ley 14-2017?		Ocupación del cónyuge AMA DE CASA 8110				
1. <input type="checkbox"/> Contribuyente (Núm. decreto)						
2. <input type="checkbox"/> Cónyuge (Núm. decreto)						

PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO									
Reintegro	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)								704 00
	A) Acreditar a la contribución estimada 2018								00
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan								00
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico								00
	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)								704 00
Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)								00
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado								00
	(b) Intereses								00
	(c) Recargos y Penalidades								00
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))								00	

AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO									
Tipo de cuenta		Número de ruta/tránsito				Número de su cuenta			
<input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros		021502011				072134828			
Cuenta a nombre de:		JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA							
		(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)							

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, y declaro que la misma es verdadera y correcta.									
La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.									
Firma del Contribuyente				Fecha		Firma del Cónyuge		Fecha	
FIRMADA ELECTRONICAMENTE				05/04/2018		FIRMADA ELECTRONICAMENTE		05/04/2018	

LUIS A TORRES									
TORRES ASSOCIATES									

Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.17



GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 08-000000000		7. Sueldos - Wages 26,320.87		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Last Name(s) R SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 000000000		8. Comisiones - Commissions 0.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C 4 COAMO PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: 1979		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26,320.87	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR ESQUINA CALAF HATO REY PR 00919		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 26,320.87		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 381.65	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 773-3508				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: 1979				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 749.90		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S170008				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,309.51		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 006975289		Año: Year: 2017		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00			
				16A. 0.00			
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

**INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA**

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

**INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN**

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
- is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number are incorrect, report the error to your employer so that he can complete Form 499R-2c/W-2cPR.

Formulario 482 Rev. 16 nov 16

FORMA ÚNICA		2016		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2016		Número de Serie				
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2016 O AÑO COMENZADO EL								
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M
1 de enero de 2016 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2016												
Nombre del Contribuyente				Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente		
JOSE				R		SANTIAGO		MELENDEZ		00769		
Dirección Postal						Fecha de Nacimiento		Sexo		CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: Día Mes Año)		
Urb VILLA MADRID						Día Mes Año		M F		Sello de Recibo		
Z18 Calle 4										08/04/2017		
Coamo PR										09:00:11 AM		
Código Postal						Número de Seguro Social Cónyuge						
00769						Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo				
						Día Mes Año		M F				
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno		Teléfono Residencia		Teléfono del Trabajo		
MARTA				I		RIVERA		ESPADA		(787) 453-7056		
Dirección Residencial Cónyuge (Barrio o Urbanización, Número, Calle)												
Urb VILLA MADRID												
Z18 Calle 4												
Coamo PR												
Código Postal						00769						
Correo Electrónico (E-Mail)						rafa.lucha@hotmail.com						
CUESTIONARIO A. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: Fecha de mudanza a P.R. () Fecha de mudanza fuera de P.R. () No residente durante todo el año C. <input type="checkbox"/> ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): Atribuible al contribuyente \$ _____ Atribuible al cónyuge \$ _____ D. <input type="checkbox"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="checkbox"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="checkbox"/> ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="checkbox"/> ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio:) Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge AMA DE CASA 8110												
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado 4. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 5. <input type="checkbox"/> Otro												
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.												
Reintegro 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) (01) 1,294 00 A) Acreditar la contribución estimada 2017 (02) 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03) 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 1,294 00												
Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00 (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalizaciones (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10) 00												
Depósito AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta <input checked="" type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 021502011 Número de su cuenta 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y MARTA RIVERA ESPADA (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)												
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Contribuyente _____ Fecha 08/04/2017 Firma del Cónyuge _____ FIRMADA ELECTRONICAMENTE FIRMADA ELECTRONICAMENTE Nombre del Especialista (Letra de Molde) Luis Torres Nombre de la Firma o Negocio Torres Associates												

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 08.16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

222

1. Nombre - First Name JOSE R		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 58-1234567-1		7. Sueldos - Wages 26,325		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 66-1234567		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address Urb VILLA MADRID Z18 Calle 4 Coamo PR 00769-0000		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26,325	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: 28-01-1973		6. Donativos Charitable Contributions 0		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 381	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION ESQUINA CALAF San Juan PR 00919		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records Año: 2016 Year:		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 26,325		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 749		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S160021				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,315			
Número Control - Control Number 006251806				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0			
				16. 0			
				16A. 0			
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0			

☒ W2

☐ W2C



Planilla Radicada Electrónicamente

Formulario 482 Rev. 20 oct 15

FORMA ÚNICA		2015		ESTADOLIBREASOCIADODEPUERTORICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2015		Número de Serie							
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2015 (AÑO COMENZADO EL		1 de enero de 2015 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2015)		<input type="radio"/> PLANILLA ENVIADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO							
R	G	RO	VI	V	I	P	N	D	I	D	E	A	M		
Nombre del Contribuyente				Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente					
JOSE				R		SANTIAGO		MELENDEZ		00769					
Dirección Postal				Urb VILLA MADRID		Z18 Calle 4		Coamo PR		00769					
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento		Sexo		Número de Seguro Social Cónyuge			
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)				BO. LOS LLANOS		SECTOR CARIBE 596		Coamo PR		Código Postal		00769			
Correo Electrónico (E-Mail)				rafa.lucha@hotmail.com											
Cuestionario A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="radio"/> Fecha de mudanza a P.R. _____ 2. <input type="radio"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. _____ 3. <input type="radio"/> No residente durante todo el año C. <input type="radio"/> ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "Si", indique la cantidad): 1. <input type="radio"/> Atribuible al contribuyente \$ _____ 2. <input type="radio"/> Atribuible al cónyuge \$ _____ D. <input type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="radio"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="radio"/> ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="radio"/> ¿Militar activo en zona de combate? (Fecha en que cesó en el servicio: _____) Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge _____				FUENTE DE MAYOR INGRESO: <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada <input type="radio"/> Retirado/Pensionado <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria u negocio principal) <input type="radio"/> Otro _____											
								ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO (Individuo)) <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge							
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.															
Reintegro 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 27. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 1,383 00 A) Acreditar a la contribución estimada 2016 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 01 1,383 00				Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 27) 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (b) Intereses (c) Recargos y Penalidades 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))											
								Depósito Tipo de cuenta <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 021502011 Número de su cuenta 072134828 Cuenta al nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparezca en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)							
												Declaro bajo juramento de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del Cónyuge _____ Fecha _____ Nombre de la Firma o Negocio TORRES ASSOCIATES Especialista por cuenta _____ Número de Registro 40574															

Formulario
FD-499R-2/W-2 PR
v. 08.15

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 	7. Sueldos - Wages 26371.03	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00		
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00		
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF SANTO REY, PR 00919		6. Donativos Charitable Contributions 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26371.03		
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 382.38		
Fecha Cese de Operaciones: Date of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year			11. Total=7+8+9+10 26371.03	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00		
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S150008			12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00		
Número Control - Control Number 004903672		Año: Year: 2015	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 752.72	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00		
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31			14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2319.39			
			15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
			16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00			
			16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code			
			16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 31 oct 14

FORMA ÚNICA		2014	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2014	Número de Serie							
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2014 O AÑO COMENZADO EL								
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M
1 de enero de 2014 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2014												
Nombre del Contribuyente JOSE				Inicial R		Apellido Paterno SANTIAGO			Apellido Materno MELENDEZ			Número de Seguro Social Contribuyente 5-00000000
Dirección Postal Urb VILLA MADRID				Fecha de Nacimiento 10/01/1978				Sexo M		CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO Indique seguro social del cónyuge fallecido		
Z18 Calle 4				Mes Año 10 2014				Número de Seguro Social Cónyuge		Sello de Recibo		
Coamo PR				Código Postal 00769				Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo M		
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno				Apellido Materno				
Dirección Residencial Cónyuge (Barrio o Urbanización, Número, Calle) BO. LOS LLANOS				Teléfono Residencia (787) 453-7056				Teléfono del Trabajo				
SECTOR CARIBE 596				Código Postal 00769				Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO				
Coamo PR				Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@hotmail.com				SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO				PLANILLA 2015: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS
¿UTILIZÓ PROGRAMA PRIVADO PARA LLENAR LA PLANILLA? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO												
Cuestionario SI NO A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? <input type="radio"/> (Cometa Anejo IE Individuo) <input type="radio"/> (Individuo residente inversionista? Cometa Anejo F1 Individuo) E. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro _____ Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge _____ F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo C1 Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es Casado con capitulaciones de total separación de bienes Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge												
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.												
Reintegro 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) (01) 819 00 A) Acreditar la contribución estimada 2015 (02) 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03) 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 819 00												
Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 28) (06) 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00 (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalidades (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 00												
Depósito AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 021502011 Número de su cuenta 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)												
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.												
Firma del Contribuyente				Fecha 30/03/2015				Firma del Cónyuge				
<input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE												
Nombre del Especialista (Letra de Molde)				Nombre de la Firma o Negocio								
Luis A Torres				Torres Associates								
Firma del Especialista				Fecha 30/03/2015				Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)				Número de Registro 19571
<input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE												

Formulario
Form 489R-2/W-2 PR
Rev. 09.14

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <i>SE</i>	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <i>SE</i>	7. Sueldos - Wages 26130.36		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Donativos Charitable Contributions 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 26130.36	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.gobierno.pr) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records Año: 2014	10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 378.89	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year			11. Total=7+8+9+10 26130.36		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S140003			12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 004382947			13. Cont. Retenida - Tax Withheld 737.39		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31			14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2297.73			
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00				
		16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00				
		16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code				
		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00				

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 31 oct 13		2013 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2013 DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2013 O AÑO COMENZADO EL		Número de Serie	
Liquidador: _____ Revisor: _____		1 de enero de 2013 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2013		<input type="checkbox"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ Día Mes Año	
R G RO VI V2 P2 N D1 D2 E A M		Nombre del Contribuyente: JOSE Inicial: R Apellido Paterno: SANTIAGO Apellido Materno: MELENDEZ		Número de Seguro Social Contribuyente: 601-7-2007 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Dirección Postal: VILLA MADRID CALLE 4 Z 18 Coamo PR Código Postal: 00769		Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: ____/____/____ Sexo del Cónyuge: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CONYUGE CONYUGE SUPLENTE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí". Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____		Teléfono Residencia: (787) 453-7056 Teléfono del Trabajo: _____		Sello de Recibido: 07/04/2014 08:48:12 AM	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): BO. LOS LLANOS SECTOR CARIBE 596 Coamo PR Código Postal: 00769		Correo Electrónico (E-Mail): rafa.lucha@hotmail.com		PLANILLA 2014: <input checked="" type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLES	
Cuestionario <input checked="" type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) <input type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="checkbox"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)			
F. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. Empleado del Gobierno Federal 3. Empleado de Empresa Privada 4. Retirado/Pensionado 5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. Otro _____		Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: _____ CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge			
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro		1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 847 00 A) Acreditación de la contribución estimada 2014 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 847 00			
Pago		2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 28) 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado 00 (b) Intereses 00 (c) Recargos y Penalidades 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) 00			
Depósito		AUTORIZACION PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 021502011 Número de su cuenta: 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)			
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente: FIRMADA ELECTRONICAMENTE Nombre del Especialista (Letra de Molde): Luis Torres		Fecha: 07/04/2014		Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____	
Firma del Especialista: FIRMADA ELECTRONICAMENTE		Fecha: 07/04/2014		Nombre de la Firma o Negocio: Torres Associates Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="checkbox"/> 19571	

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 08.13

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
DEPARTMENT OF THE TREASURY
INFORMATION

INFORMACION PARA EL
SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY
INFORMATION

1. Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 501-23-1007	7. Sueldos - Wages 36206.09	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 50-1007-01	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 36206.09
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 524.99
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	11. Total=7+8+9+10 36206.09	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year	6B. Donativos Charitable Contributions 0.00	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number C400001	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2013 Year:	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1483.14	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
Número Control - Control Number 004469046		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2804.55	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
		16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00	
		16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 27 nov 12

FORMA LARGA		PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador		Revisor		2012	
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2012		PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2012 O AÑO COMENZADO EL	
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		1 de enero de 2012 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2012		FALLECIDO DENTRO DEL AÑO: Dia Mes Año	
Nombre del Contribuyente		Inicial		Apellido Paterno	
JOSE		R		SANTIAGO	
Apellido Materno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente	
MELENDEZ		MELENDEZ		26-0000000	
Dirección Postal		Fecha de Nacimiento		Sexo	
VILLA MADRID		26/04/1973		M	
B9 Calle 2		Número de Seguro Social Cónyuge		F	
Coamo PR		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo	
Código Postal 00769		26/04/1973		M	
"Coloque la etiqueta enigmada (Label) aquí"		Teléfono Residencia		Teléfono del Trabajo	
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno	
BO. LOS LLANOS		Código Postal 00769		Cambio de Dirección: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
SECTOR CARIBE 596		Código Postal 00769		PLANILLA 2013: <input checked="" type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLÉS	
Coamo PR		Correo Electrónico (E-Mail) rafa.lucha@hotmail.com		F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:	
Cuestionario		SI NO		1. <input type="checkbox"/> Casado	
A. <input checked="" type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos?		B. <input checked="" type="checkbox"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año?		(Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)	
C. <input checked="" type="checkbox"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución?		D. <input checked="" type="checkbox"/> Individuo inversionista residente?		2. <input checked="" type="checkbox"/> Contribuyente individual	
(Someta Anejo IE Individuo)		(Someta Anejo F1 Individuo)		(Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es:	
E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:		1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas		<input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes	
2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal		3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada		<input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge	
4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado		5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)		3. <input type="checkbox"/> Casado que rinde separado	
6. <input type="checkbox"/> Otro		Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge		(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)	
CONTRATO GOBIERNO:		<input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge			
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro		1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 27. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)		(01) 836	
		A) Acreditar a la contribución estimada 2013		(02)	
		B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan		(03)	
		C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico		(04)	
		D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)		(05) 836	
Pago		2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 27)		(06)	
		3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado		(07)	
		(b) Intereses		(08) 00	
		(c) Recargos y Penalidades		(09) 00	
		4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))		(10)	
Depósito		AUTORIZACION PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO			
Tipo de cuenta		Número de ruta/tránsito		Número de su cuenta	
<input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros		021502011		072134828	
Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ		y			
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)					
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa.		Firma del Contribuyente		Firma del Cónyuge	
La declaración de la persona que preparó la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.		10/04/2013			
FIRMA ELECTRONICAMENTE		Nombre de la Firma o Negocio		Torres Associates	
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)		Número de Registro	
Luis A. Torres		<input checked="" type="checkbox"/>		19571	
Firma del Especialista		10/04/2013			
FIRMA ELECTRONICAMENTE		Declaración de su planilla: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si contestó "SI", ejla la firma y el número de registro del Especialista.			

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. SE	7. Sueldos - Wages 25919.20	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) SE	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25919.20
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8013750542 PURIFICACI DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 375.83
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	11. Total=7+8+9+10 25919.20	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year	6B. Donativos Charitable Contributions 0.00	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
Número Control - Control Number 125527664	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2012 Year:	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 798.81	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2242.73	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
		16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00	
		16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 481 Rev. 27 oct 11

FORMA CORTA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie 1854461	
Liquidador: _____ Revisor: _____ 2011 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2011 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2011 O AÑO COMENZADO EL _____ 1 de enero de 2011 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2011		<input type="radio"/> PLANILLA EN MENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE		Sello de Recibido 14-03-2012 12:09:37 PM	
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M Nombre del Contribuyente: JOSE Inicial: R Apellido Paterno: SANTIAGO Apellido Materno: MELENDEZ Dirección Postal: VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR Código Postal: 00769-0000 "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí". Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): BO. LOS LLANOS SECTOR CARIBE 596 Coamo PR Código Postal: 00769-0000 Correo Electrónico (E-Mail): rafa.lucha@hotmail.com		Número de Seguro Social Contribuyente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Teléfono Residencia: 7874537056 Teléfono del Trabajo: _____ CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No			
Cuestionario	SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: _____				
	E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si es casado con capitulaciones de total separación de bienes e indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)				
Reintegro	PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.				
	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C) (01) 900 00 A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) 0 00 B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 0 00 C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósitos) (04) 900 00				
Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) (05) 0 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) 0 00 (b) Intereses (07) 0 00 (c) Recargos 0 y Penalidades 0 (08) 0 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 0 00				
	AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 027502011 Número de su cuenta: 072134828 Cuenta a nombre de: JOSE SANTIAGO MELENDEZ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)				
Depósito	Declaro bajo penalidad de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.				
	Firma del Contribuyente: _____ Fecha: 14-03-2012 <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente Nombre del Especialista (Letra de Molde): Luis A. Torres Nombre de la Firma o Negocio: Luis A. Torres Número de Registro: 19571 Número de Identificación Patronal: 660-72-6396 Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="radio"/> Firma del Especialista: Firmada Electrónicamente Fecha: 14-03-2012				

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ SI ☐ NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista

Formulario Form 499R-2011-2012 Rev. 10/11		GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY ORGANIZATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name JOSE R		3. Num. Seguro Social Social Security No. 10-00000000		7. Sueldos - Wages 25,510		17. Total Sueldos y Seguro Social Total Social Security Wages 0	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Num. de Identificación Patronal Employer No. (EIN) 00-0000000		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address VILLA MADRID 89 Calle 2 Coamo PR 00769-0000		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date in which you started to receive the pension		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Total Social Security Wages and Medicare 0	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT EDUCACION CAESAR GONZALEZ San Juan PR 00919-0000		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 25,510	
Número de teléfono del Empleado Employee's Telephone Number 116459114		6A. Costo de la póliza de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 25,510		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 369	
Fecha Cese de Relaciones: Cese of Relationship Date: 116459114		6B. Donativos Charitable Contributions 0		12. Gastos Reimbolsados Reimbursed Expenses 0		22. Seguro Social Retenido en Propinas - Tax on Tips 0	
Número Control - Control Number 116459114		Copia B para Planillas del Empleado Copy B for Employees Tax Return Año: 2011		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 867		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0	
Instrucciones al dorso - Instructions on back		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,205		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to QDIA PLANS 0			
Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas. Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0		17. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0			
Pensión: <input type="checkbox"/>		Federal: <input type="checkbox"/>					

Formulario Form 493R-20M-20T Rev. 10/11				GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT				INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION			
1. Nombre - First Name		JOSE R		3. Num. Seguro Social - Social Security No.		7. Sueldos - Wages		17. Total Sueldos - Seguro Social - Social Security Wages			
Apellido(s) - Surname(s)		SANTIAGO MELENDEZ		4. Num. de Identificación del Empleador - Employer's No. (EIN)		8. Comisiones - Commissions		18. Seguro Social - Retenido - Social Security Tax Withheld			
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address		VILLA MADRID B9 Calle 2 Coamo PR 00769-0000		5. Fecha en la que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension		9. Concesiones - Allowances		19. Total Sueldos - Pro. Medicare - Medicare Wages and Tips			
2. Nombre \ Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address		DEPT EDUCACION CESAR GONZALEZ San Juan PR 00919-0000		6. Costo de Pensión o Anualidad - Cost of Pension or Annuity		10. Propinas - Tips		20. Contrib. Medicare Retenido - Medicare tax Withheld			
Número de teléfono del Patrono - Employer's Telephone Number				6A. Costo de la póliza de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10		21. Propinas Seguro Social - Social Security Tips			
Fecha Cese de Relaciones - Cease of Relations Date				6B. Donaciones Charitables - Charitable Contributions		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses		22. Seguro Sueldos Retenido en Propinas - Tax collected Social Security Tax on Tips			
Número Control - Control Number		116503929		Copia B para Planillas del Empleado Copy B for Employee's Tax Return		13. Cont. Retenida - Tax Withheld		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare tax on Tips			
Año - Year		2011		14. Fondo de Retiro Gubernamental - Governmental Retirement Fund		15. Aportaciones a Planes Qualific. - Contributions to CODA PLANS					
Instrucciones al dorso - Instructions on back				16. Salarios bajo Ley Num. 324 de 2004 - Salaries under Act No. 324 of 2004		17. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program					
				18. Total = 13 + 14 + 15 + 16 + 17		19. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				20. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		21. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				22. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		23. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				24. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		25. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				26. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		27. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				28. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		29. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				30. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		31. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				32. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		33. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				34. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		35. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				36. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		37. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				38. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		39. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				40. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		41. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				42. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		43. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				44. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		45. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				46. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		47. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				48. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		49. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				50. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		51. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				52. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		53. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				54. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		55. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				56. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		57. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				58. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		59. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				60. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		61. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				62. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		63. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				64. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		65. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				66. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		67. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				68. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		69. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				70. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		71. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				72. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		73. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				74. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		75. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				76. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		77. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				78. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		79. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				80. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		81. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				82. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		83. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				84. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		85. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				86. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		87. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				88. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		89. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				90. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		91. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				92. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		93. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				94. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		95. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				96. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		97. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				98. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		99. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					
				100. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23		101. Total = 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23					

Formulario 482 Rev. 12.10

FORMA LARGA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie																																			
Liquidador: _____ Revisor: _____ R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		2010 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2010 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2010 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2010 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2010		<input type="checkbox"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año																																			
Nombre del Contribuyente: JOSE Inicial: R Apellido Paterno: SANTIAGO Apellido Materno: MELENDEZ Dirección Postal: URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR Código Postal: 00769-0000 "Coloque la etiqueta en gomada (Label) aquí". Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR Código Postal: 00769-0000 Correo Electrónico (E-Mail): rafa.lucha@yahoo.com		Número de Seguro Social Contribuyente: 804214887 Fecha de Nacimiento: 28/03/78 Día Mes Año Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Incapacitado: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge Teléfono Residencia: 7874537056 Teléfono del Trabajo: _____ CAMBIO DE DIRECCION: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		Sello de Pago: _____ Número de Recibo: _____ Importe: _____																																			
Encasillado 1	ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="checkbox"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="checkbox"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input checked="" type="checkbox"/> Soltero 5. <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)																																						
	SI NO A. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="checkbox"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? D. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) Indique total \$ _____																																						
	FUENTE DE MAYOR INGRESO: E. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas F. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal G. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: _____ H. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado I. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)																																						
CONTRATO GOBIERNO <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge PLANILLA 2011 <input checked="" type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLÉS																																							
<input type="checkbox"/> Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo C0 Individuo.																																							
Sello de Recibido 24-03-2011 11:44:19 AM		1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique). 01 Total de comprobantes con esta planilla .. 1																																					
		A-Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td>1,138</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>1,138</td><td>00</td></tr> </table>		1,138	00	0	00	0	00	0	00	1,138	00	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td>23,566</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>23,566</td><td>00</td></tr> </table>		23,566	00	0	00	0	00	0	00	23,566	00														
		1,138	00																																				
		0	00																																				
0	00																																						
0	00																																						
1,138	00																																						
23,566	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
23,566	00																																						
C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)		Salarios Federales (02)																																					
2. Otros Ingresos (o Pérdidas): A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10) B) Participación distribuable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R) C) Participación distribuable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R) D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A) E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B) F) Participación distribuable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo) G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D) H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo) I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo) J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____) (14) M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo) N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo) O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo) P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)		<table border="1" style="width:100%;"> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> <tr><td>894</td><td>00</td></tr> <tr><td>0</td><td>00</td></tr> </table>		0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	894	00	0	00
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
0	00																																						
894	00																																						
0	00																																						

Formulario Form 499R-1 (M, 2PR) 1-2015				GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY CC MPK 3E AN E DE E ENCIO 1 - V II HH L INV STA EMENT				INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY CC MPK 3E AN E DE E ENCIO 1 - V II HH L INV STA EMENT				INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY TAX WITHHELD			
1. Nombre - First Name JOSE R				3. Num. Seguro Social Social Security No. 50-000000000				7. Sueldos - Wages 23,566				17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0			
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ				4. Número de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 50-0000000				8. Comisiones - Commissions 0				18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0			
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18 COAMO PR 00769				5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension				9. Concesiones - Allowances 0				19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 23,566			
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPARTAMENTO DE EDUCACION HATO REY PR				6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0				10. Propinas - Tips 0				20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 341			
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number				Copia B para Planillas del Empleado				11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 23,566				21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0			
Fecha Cese de Operaciones Cease of Operations Date:				Copia B for Employee's Tax Return				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 1,138				22. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0			
Número Control - Control Number 107609294				Año: Year: 2010				13. Aportaciones a Planes Qualific. Contributions to CODA PLANS 0				23. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 0			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 Instrucciones al dorso de Copia D - Instructions on back of Copy D				Pensión: <input type="checkbox"/> Federal: <input type="checkbox"/>				14. Fondo de Retiro - Retirement Fund 2,030				24. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 0			

PAGO: SM -Quincenal Desde: 02/05/2009 Hasta: 02/18/2009		Aviso #: 947821 Fecha Aviso: 02/13/2009
JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769 SS: XXXXXXXXXX	# Empleado: XXXXXXXXXX Dept: 8005021-Ponce Coamo Lugar: Purificacion Rodriguez Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$1,850.00 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Single Claiming: no personal exem Concesiones: 0 Pct. Adcl.: 0 Cant. Adcl.:

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Corriente			Acumulado		Descripcion	Corriente	
	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos			Acumulado
Pago de Salarios Regulares			925.00	180.00	2,775.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	13.41	40.24
						PR Withholding	50.75	152.25
Total:			925.00	180.00	2,775.00	Total:	64.16	192.49
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente		Descripcion	Corriente		Descripcion	Corriente	
		Acumulado			Acumulado			Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	83.25	249.75	SM-Preferred Health	130.00	390.00	GPR Plan de Retiro de Maestro	78.63	235.89
						FSED Disability Plan	15.73	47.19
						SM-Preferred Health	0.00	120.00
Total:	83.25	249.75	Total:	130.00	390.00	* Tributable		
TOTAL BRUTO			RIGTO TRIBUT. FED			TOTAL IMPUESTOS		
Corriente:	925.00			0.00			213.25	647.59
Acumulado:	2,775.00			0.00			639.75	1,942.76
PTO HORAS			DISTRIBUCION PAGA NETA			DISTRIBUCION PAGA NETA		
Balance Inicial:	0.0					Aviso #3239821		647.59
+ Ganada:						Total:		647.59
+ Compra:								
- Usada:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:	0.0							

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Fecha
02/13/2009

Aviso No.
3239821

Cant. Deposito: \$647.59

A la
Cuenta(s) De

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
COAMO, PR 00769

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	072134828	\$647.59

Formulario 482 Rev. 11.08

FORMALARGA		<input type="radio"/> PLANILLA CONCHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador		Revisor		2008 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2008	
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		PLANILLA ENMENDADA			
AÑO CONTRIBUTIVO 2008 O AÑO COMENZADO EL		<input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____			
1 de enero de 2008 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2008		Día Mes Año			
Sello de Pago					
Nombre del Contribuyente		Inicial		Apellido Paterno	
JOSE		R		SANTIAGO MELENDEZ	
Dirección Postal		Número de Seguro Social Contribuyente		Fecha de Nacimiento	
URB. VILLA MADRID				Día Mes Año	
CALLE 4 Z-18				Sexo	
COAMO PR				M	
Código Postal 00769				F	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Número de Seguro Social Cónyuge		Fecha de Nacimiento del Cónyuge	
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno	
URB. VILLA MADRID CALLE 4 Z-18				Día Mes Año	
COAMO PR		Código Postal 00769		Teléfono Residencia	
Correo Electrónico (E-Mail)				(787) 453-7056	
				Teléfono del Trabajo	
				CAMBIO DE DIRECCION	
				<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	
				Número de Recibo:	
				Importe:	

Encasillado 1	SI NO		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:		
	A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos?		1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta		
	B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año?		2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)		
	C. <input type="radio"/> Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?		(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)		
D. <input type="radio"/> Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?		3. <input type="radio"/> Jefe de familia (No para casados)			
E. <input type="radio"/> Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)		4. <input checked="" type="radio"/> Soltero			
F. <input type="radio"/> Obligación de hacer pagos a ASUME?		5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)			
FUENTE DE MAYOR INGRESO:		J. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado		CONTRATO GOBIERNO	
G. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas		K. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)		<input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE	
H. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal				PLANILLA 2009	
I. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada				<input type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge					

☐ Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajan. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo CO Individuo.

Encasillado 2	Sello de Recibido		1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas		A-Contribución Retenida		B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas	
	Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE HACIENDA 1166-Calle Comercio Coamo RECIBIDO APR 07 2009 SIN PAGO		SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2FW-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique).		1,445 00		25,110 00	
	08-2783		01 Total de comprobantes con esta planilla .. 1		1,445 00		25,110 00	
	C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)		Contribución Retenida		Salarios Federales		(02)	
2. Otros Ingresos (o Pérdidas)		(01)		(14)		(03)		

Encasillado 2	A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10)		(03)		00	
	B) Participación distribuable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R)		(04)		00	
	C) Participación distribuable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)		(05)		00	
	D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A)		(06)		00	
	E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B)		(07)		00	
	F) Participación distribuable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo)		(08)		00	
	G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D)		(09)		00	
	H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo)		(10)		00	
	I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo)		(11)		00	
	J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)		(12)		00	
	K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)		(13)		00	
	L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14)		(15)		00	
	M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)		(16)		00	
	N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)		(17)		00	
	O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo)		(18)		2,900 00	
	P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)		(19)		00	
	Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Someta Anejo D Individuo)		(20)		00	
	R) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individuo)		(21)		00	

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL
DEPARTAMENTO DE
HACIENDA
DEPARTMENT OF THE
TREASURY INFORMATION

INFORMACION PARA EL
SEGURO SOCIAL

SOCIAL SECURITY
INFORMATION

1. Nombre - First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. XXXXXXXXXX <i>JE</i>		7. Sueldos - Wages 25110.26		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Apellido(s) - Surnames: SANTIAGO MELNORE		4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) XXXXXXXXXX <i>JE</i>		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25110.26	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150542 P RODRIGUE DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 364.10	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2008		11. Total=7+8+9+10 25110.26		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 017555278				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1445.02		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
				14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1980.98			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 10.07

FORMA LARGA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador: 2007 Revisor: 2007		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2007 O AÑO COMENZADO EL 1 de <u>enero</u> de 07 Y TERMINADO EL 31 de <u>dic</u> de 07		<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____	
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M Nombre del Contribuyente: <u>Jose</u> Inicial: <u>S</u> Apellido Paterno: <u>Melendez</u> Apellido Materno: <u></u>		Número de Seguro Social Contribuyente: <u>08-2786</u>			
Dirección Postal: <u>Villa Madrid #18 Calle 4</u> <u>Coamo P.R.</u> Código Postal: <u>00769</u>		Fecha de Nacimiento: <u>08/08/80</u> Sexo: <u>M</u> Número de Seguro Social Cónyuge: <u></u>			
"coloque la etiqueta engomada (Label) aquí" Nombre e Inicial del Cónyuge: <u></u> Apellido Paterno: <u></u> Apellido Materno: <u></u>		Fecha de Nacimiento del Cónyuge: ____/____/____ Teléfono Residencia: () - ____-____ Teléfono del Trabajo: () - ____-____ CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) <u></u> Código Postal: <u></u>		Correo Electrónico (E-Mail): <u></u>			

Encasillado 1	SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? D. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? E. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) F. <input checked="" type="radio"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input checked="" type="radio"/> Soltero 5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)	
	FUENTE DE MAYOR INGRESO: G. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas H. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal I. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada		J. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado K. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)	
	Su ocupación: <u></u>		Ocupación cónyuge: <u></u>	
	CONTRATO GOBIERNO <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE		PLANILLA 2008 <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	

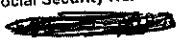

Encasillado 2	Sello de Recibido 		1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <input checked="" type="radio"/> SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2C/W-2CPR o W-2, según aplique). <input checked="" type="radio"/> Total de comprobantes con esta planilla: <u>2</u>		A-Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%; text-align: right;"> <tr><td>1,181</td><td>00</td></tr> <tr><td>308</td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>		1,181	00	308	00		00		00		00	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <table border="1" style="width:100%; text-align: right;"> <tr><td>21,738</td><td>00</td></tr> <tr><td>2,500</td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>		21,738	00	2,500	00		00		00		00
	1,181	00																										
	308	00																										
	00																											
	00																											
	00																											
21,738	00																											
2,500	00																											
	00																											
	00																											
	00																											
Contribución Retenida: <u>1,489</u> 00		Salarios Federales: <u>24,238</u> 00		Salarios Federales: <u>5,570</u> 00																								
C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01) <u> </u> 00		(02) <u> </u> 00		(03) <u> </u> 00																								

Encasillado 2	2. Otros Ingresos (o Pérdidas):					
	A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10)				(03) <u> </u> 00	
	B) Participación distributable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R)				(04) <u> </u> 00	
	C) Participación distributable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)				(05) <u> </u> 00	
	D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A)				(06) <u> </u> 00	
	E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B)				(07) <u> </u> 00	
	F) Participación distributable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo)				(08) <u> </u> 00	
	G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D)				(09) <u> </u> 00	
	H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo)				(10) <u> </u> 00	
	I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo)				(11) <u> </u> 00	
J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)				(12) <u> </u> 00		
K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)				(13) <u> </u> 00		
L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____) (14)				(15) <u> </u> 00		
M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)				(16) <u> </u> 00		
N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)				(17) <u> </u> 00		
O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo)				(18) <u> </u> 00		
P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)				(19) <u> </u> 00		
Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo)				(20) <u> </u> 00		

nulario
n 499R-2W-2 PR
. 06.07

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name JOSE		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) 	7. Sueldos - Wages 21737.50		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21737.50	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2007 Year:	10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 315.19	
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year			11. Total=7+8+9+10 21737.50		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 45472726			12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
			13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1181.60		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
			14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1866.48			
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00				
		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00				

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 09.06

FORMA LARGA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie							
Liquidador	Revisor	2006 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2006 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 06 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 06		2006							
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D	E	A	M
Nombre del Contribuyente		Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente			
José R.				Santiago Meléndez				00-0000000000			
Dirección Postal		Villa Madrid 2-18		Calle #4				Fecha de Nacimiento			
Coamo, P.R.								Día Mes Año			
								Sexo			
								M F			
								Número de Seguro Social Cónyuge			
								Fecha de Nacimiento del Cónyuge			
								Día Mes Año			
								Teléfono Residencia			
								()			
								Teléfono del Trabajo			
								()			
								CAMBIO DE DIRECCION			
								SI NO			
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno							
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)											
Correo Electrónico (E-Mail)											


Encasillado 1	SI NO		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:	
	A.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta	
	B.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)	
	C.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)	
	D.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	3. <input type="radio"/> Jefe de familia (No para casados)	
	E.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	4. <input type="radio"/> Soltero	
	F.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)	
	FUENTE DE MAYOR INGRESO:		J. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado	
	G.	<input type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas	K. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)	
	H.	<input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal		
I.	<input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada			
Su ocupación Maestro		C110 Ocupación cónyuge		

Encasillado 2	Sello de Recibido		A-Contribución Retenida		B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas	
	1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas		1,444 00		21,550 00	
	2. SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).		00		00	
	3. Total de comprobantes con esta planilla .. 2		1,444 00		21,550 00	
			Contribución Retenida		Salarios Federales	
			00		00	


Encasillado 2	C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)		(01)		(02)	
	2. Otros Ingresos (o Pérdidas):					
	A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10)				(03) 00	
	B) Participación distribuible en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R)				(04) 00	
	C) Participación distribuible en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)				(05) 00	
	D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, líneas 1A a 1C, según aplique)				(06) 00	
	E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3D)				(07) 00	
	F) Participación distribuible en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo)				(08) 00	
	G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1E)				(09) 00	
	H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo)				(10) 00	
	I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo)				(11) 00	
	J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)				(12) 00	
	K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)				(13) 00	
	L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14)				(15) 00	
	M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)				(16) 00	
	N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)				(17) 00	
	O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo)				(18) 00	
	P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)				(19) 00	
	Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo)				(20) 00	
	R) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1)				(21) 00	

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal
Desde: 12/01/2005
Hasta: 12/01/2005

Cheque: 
Fecha: 11/28/2005

JOSE R. SANTIAGO MELENDEZ
URB. VILLA MADRID C-4 Z-18
COAMO PR 00769

Empleado: 
Dept: 8005021-Ponce Coamo
Oficina: Rio Jueyes
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Sueldo: \$1,700.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Single Claiming no personal exemption
Concesiones: 0
Pct. Adel.: 0
Cant. Adel.: 0

HORAS E INGRESOS

Descripcion	Sueldo	Corriente	Acumulado
Bono de Navidad			
Pago de Salarios Regulares			
Pago Retroactivo Regular			

IMPUESTOS

Descripcion	Corriente	Acumulado
Fed MED/EE	14.50	276.08
PR Withholding	80.00	1,258.24

Total: 1,000.00 1,206.00 19,040.00

DEDUCCIONES

Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,623.67

DEDUCCIONES GUBERNAMENTALES

Descripcion	Corriente	Acumulado
-------------	-----------	-----------

Total: 94.50 1,534.32

BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS

Descripcion	Corriente	Acumulado
FSED Disability Plan	17.00	323.72
GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,533.44
SM-Plan Hospital Menonita	0.00	700.00

Total: 0.00 1,623.67 Total: 0.00 0.00

TOTAL BRUTO

Corriente:	1,000.00
Acumulado:	19,040.00

TOTAL IMPUESTOS

Corriente:	94.50
Acumulado:	1,534.32

* Tributable

DEDUCCIONES TOTALES

Corriente:	0.00
Acumulado:	1,623.67

PAGA NETA

Corriente:	905.50
Acumulado:	15,882.01

PTO. HORAS

Balance Inicial: 0.0

+ Acumulado:

- Utilizado:

- Donada:

+ Ajustes:

Balance Final: 0.0

DISTRIBUCION PAGA NETA

Cheque #02116181	905.50
Total:	905.50

MENSAJE: " QUE EL PROXIMO A&O TE COLME DE PAZ, PROSPERIDAD Y VERDADERO PROGRESO A TI Y A TU FAMILIA . "

U.S. Pat. no. 6,095,407

17-30885-1

UNITED FORMS & GRAPHICS (1/81) 2/6-94US

Formulario 481 H-v. 05.04

Entreguez Completamente los Ovalos. Ejempl
PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FLUJAR CHEQUE)

FORMA CORTA					
Liquidador	R	M	V1	V2	P1
Revisor	P2	N	D	E	A
	G				

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESO

AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL

1 de Enero de 2004 y terminado el 31 de Dic de 04

Número de Seguro Social

Número de Seguro Social Cónyuge

Sello de Pago

138025 S2323 P1 *****5-DIGIT 00769
SANTIAGO MELENDEZ, JOSE R C E
VILLA MADRID
Z18 CALLE 4
COAMO, PR 00769-2758

Sexo: ☒ M ☐ F
Fecha de Nacimiento Contribuyente
Dia Mes Año
Fecha de Nacimiento Cónyuge
Dia Mes Año
Cambio de Dirección: ☐ SI ☒ No
Planilla 2005: ☒ Usado ☐ Nuevo

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)
Urb. Villa Madrid
Calle # 4, Z-18
Coamo, P.R.
Código Postal 00769

Teléfono Residencial
7 8 7 8 2 5 3 8 4 8

Teléfono Oficina

Número de Recibo 06233
Importe 202.00

Encasillado 1

- SI NO
- ☒ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
 - ☒ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
 - ☒ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
 - ☒ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
 - ☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución?
 - ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- ☒ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
- ☐ Empleado del Gobierno Federal
- ☐ Empleado de Empresa Privada
- ☐ Retirado/Pensionado

OCUPACION (Anotar el Código):

Maestro 6110

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:

- ☒ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
- ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)
- ☐ Jefe de familia (No para casados)
- ☒ Soltero

Encasillado 2

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

A-Contribución Retenida

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

1,249.
212

19,380.
3,520.

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 01

2 01,461

2,290.0

Contribución Retenida

Sueldos Recaudados

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)

Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 05.04

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL
DEPARTAMENTO DE
HACIENDA
DEPARTMENT OF THE
TREASURY INFORMATION

SEGURIDAD SOCIAL
SOCIAL SECURITY
INFORMATION

1. Nombre-First Name JOSE	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 31-25-2697	8. Sueldos - Wages 19,380.45	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) SANTIAGO MELENDEZ	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB. VILLA MADRID C-4 Z-18 COAMO, PR 00769	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 19,380.45
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002158131 ESC URB NU DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 66-055131	11. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 281.02
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 19,380.45	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2004 Year:		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
Número de Control - Control Number 39190603			23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau			
		13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	
		14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,249.03	
		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,654.31	
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	

08578486

Reproducido por: Departamento de Hacienda

VEA INSTRUCCIONES AL DORSO - SEE INSTRUCTIONS ON BACK
CUADRUPLICADO PARA QUIEN RECIBE EL PAGO - QUADRUPPLICATE FOR THE PAYEE'S RECORD

COMPUTER EXPERT GROUP

INSTRUCCIONES

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos:

- todo individuo soltero (o casado, pero que no vivía con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto de más de \$3,300;
- todo individuo casado que vivía con su cónyuge, que durante el año contributivo tuviere individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

PENALIDAD - El Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Cualquier persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla o declaración, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, en adición a otras penalidades provistas por el Código, será culpable de un delito menos grave y castigada con multa no mayor de \$500 ó reclusión por un término no mayor de seis meses, o ambas penas, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla o declaración (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos) con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, en adición a otras penalidades provistas por el Código, será culpable de un delito grave y castigada con multa no mayor de \$20,000 ó reclusión por un término fijo de tres años. De mediar circunstancia agravantes, la pena establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco años. De mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un máximo de dos años, o ambas penas, a discreción del Tribunal, más las costas del proceso.

Todo individuo que reciba esta declaración, debe rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos - Forma Larga. Además, le recordamos que la cantidad retenida puede reclamarse como crédito contra la contribución a pagar.

INSTRUCTIONS

The income tax returns must be filed by:

- every individual single (or married, one who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income of more than \$3,300;
- every married individual who lives with his/her spouse, who during the taxable year had individually or jointly, a gross income of more than \$6,000.

PENALTY - The Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: Any person liable under any Subtitle of the Code to file a return or statement, who willfully fails to file such return or statement within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$500 or by imprisonment for a term of not more than six months, or both penalties plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return or statement (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations) with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a felony and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$20,000 or imprisonment for a fixed term of three years. If there were aggravating circumstances, the established penalty may be increased to a maximum of five years. If there were extenuating circumstances, it may be reduced to a maximum of two years, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution.